

DOCUMENTACIÓN PARA SOLICITAR TRATAMIENTO DE DISCAPACIDAD
REQUISITOS A CUMPLIR POR EL/LA AFILIADO/A

A fin de cumplimentar los requisitos necesarios para la autorización, se solicita la siguiente información en un **PLAZO NO MAYOR A 15 DIAS PREVIOS A LA INICIACION DEL TRATAMIENTO**

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDO Y NOMBRE:

DNI: _____

Nº BENEFICIARIO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO ACTUAL: _____

LOCALIDAD: _____ CP: _____

PROVINCIA: _____

TELEFONO CONTACTO: _____

(Obligatorio)

EMAIL: _____

CELULAR: _____

TRABAJO: _____

Ante cualquier consulta escribir a fcamillozzi@ospacp.org.ar

DEBE APORTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACION:

- CARNET DEL/DE LA TITULAR Y DEL BENEFICIARIO.
- **CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD LEGIBLE Y VIGENTE**
- ***Es condición que la afiliación se encuentre activa y sin deuda de aportes.***
- ***En el caso de tener deuda durante el año, se suspende el tratamiento autorizado, hasta que se regularice el pago de la misma.***

TODA LA DOCUMENTACIÓN SE DEBE ENVIAR DIGITALIZADA y LEGIBLE AL MAIL fcamillozzi@ospacp.org.ar

NO ES NECESARIO PRESENTARLO ORIGINAL EN LAS DELEGACIONES O EN SEDE CENTRAL (Charcas).