

FORMULARIO 6 - CONFORMIDAD PRESTACIONAL

© 2027

Fecha: ____/____/____

DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre: _____ DNI: _____

N° de Credencial: _____ Domicilio: _____

En carácter de Afiliado / Representante del Afiliado (con vínculo declarado: _____), identificado mediante Documento (DNI-CI-PASAPORTE) N° _____, dejó constancia que he tomado conocimiento que las prestaciones por discapacidad se brindan bajo la modalidad de reintegro, los requisitos a los que deben ajustarse los prestadores propuestos por el afiliado o quien lo represente, en conformidad con lo dispuesto en el Instructivo de Discapacidad 2027, y que la Obra Social no cuenta con prestadores propios ni convenidos.

PRESTADORES:

1. Prestación: _____ Prestador: _____

Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta: _____

2. Prestación: _____ Prestador: _____

Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta: _____

3. Prestación: _____ Prestador: _____

Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta: _____

4. Prestación: _____ Prestador: _____

Periodo de Prestación: desde: _____ Hasta: _____

En carácter de declaración jurada manifiesto que no poseo vínculo de parentesco con ninguno de los prestadores antes mencionados. Al mismo tiempo, presto conformidad sobre lo dispuesto en el Instructivo de Discapacidad 2027.

Sin perjuicio de lo establecido en el presente instructivo, la Dirección de Obra Social podrá introducir durante el período 2027 las adecuaciones que correspondan en función de las modificaciones legales y reglamentarias en materia de discapacidad que entren en vigencia y le resulten aplicables, incluidas aquellas relativas a la cobertura prestacional y a los alcances y aranceles de los nombrados.

Firma, Aclaración y N° de Documento:

(SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR DEBAJO):

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en representación de _____

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detallada/s precedentemente.

Firma, Aclaración y N° de Documento:



Dirección de
Obra Social



Servicio
Penitenciario
Federal