



Prestaciones de Rehabilitación/Educativas Discapacidad
BAJA / CAMBIO DE PRESTADOR

Esta planilla debe ser presentada en la Obra Social en caso de baja o cambio de prestador durante un período ya autorizado. Completar según corresponda.

DATOS IDENTIFICATORIOS

.....
Apellido y Nombre del Afiliado

.....
N° S.S. OSPF

.....
CUIL

.....
Edad

REQUERIMIENTO DE BAJA DE PRESTACIÓN

Por la presente, dejo constancia del requerimiento de baja de la prestación ya autorizada de:

.....Número de solicitud.....
(Ej: fonoaudiología, psicología, transporte, Centro de Día, etc.)

Brindada por: A partir del día:

CAMBIO DE PRESTADOR

Solicito cambio de prestador para la prestación:.....

Que estará a cargo de..... a partir del día
(nombre del /la profesional o institución)

y por el período de a de
(mes de inicio) (mes de finalización) (año)

.....
Fecha

.....
Firma y aclaración del afiliado o responsable

.....
Vínculo