

MECANISMO DE INTEGRACIÓN PERIODO ASPO/DISPO 2021 – NOTA DE CONFORMIDAD CONTINUIDAD DE COBERTURA TRANSPORTE



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA

Anexo I – 2 Res. 1293/2020

TRANSPORTE

Datos del Beneficiario de las Prestaciones (Paciente)

NOMBRE Y APELLIDO		DOMICILIO (Calle, número, Localidad Y provincia)	
N° DE DNI		FECHA DE NACIMIENTO	

Datos del TRANSPORTISTA

NOMBRE Y APELLIDO /RAZÓN SOCIAL		DOMICILIO (Calle, número, Localidad Y provincia)	
N° DE CUIT		CORREO ELECTRÓNICO (MAIL)	
N° de teléfono		N° de teléfono alternativo	

PERIODO ASPO 2020

¿Brindó prestación de transporte durante el periodo de aislamiento social, preventivo y obligatorio?

SI: _____ NO: _____ MOTIVO: _____

¿Para qué modalidad prestacional brindó el servicio de transporte?

_____ (detalle para que prestaciones)

¿Qué tipo de prestación brindó?

TRASLADO DE: ALIMENTOS MATERIAL DIDÁCTICO

PACIENTE (PRESENCIAL) OTROS: _____ (detalle)

PERIODO ASPO 2020 / DISPO 2021:

Detalle el servicio de transporte que brindará por cada una de las prestaciones:

Prestación principal por la cual se requiere transporte	Tipo de servicio de transporte
	<input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> PACIENTE (PRESENCIAL) <input type="checkbox"/> OTROS: _____ (detalle)
	<input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> PACIENTE (PRESENCIAL) <input type="checkbox"/> OTROS: _____ (detalle)
	<input type="checkbox"/> ALIMENTOS <input type="checkbox"/> MATERIAL DIDÁCTICO <input type="checkbox"/> PACIENTE (PRESENCIAL) <input type="checkbox"/> OTROS: _____ (detalle)

Reconozco que la continuidad expresada en este formulario se encuentra sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de la OSPIM o ENSALUD. Reconozco que la cobertura en transporte se ajusta a los aranceles, límites de 1500 km mensuales y requisitos que fija el nomenclador de prestaciones básicas (Res. 428/99 MS y normativa concordante de la SSSalud).

FIRMA del PRESTADOR:

ACLARACIÓN: CUIT:

FIRMA del BENEFICIARIO o MADRE/PADRE/APOYO:

ACLARACIÓN: CARÁCTER: (MADRE, PADRE, FIGURA DE APOYO)

FECHA: