OSPIA — OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE LA ALIMENTACIÓN

ÁREA DISCAPACIDAD — SISTEMA MECANISMO DE INTEGRACIÓN

CONSENTIMIENTO ENTREGA DE INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2027

En la ciudad de **.....**, a los **.....** días del mes de **.....** de 2027.

Estimado beneficiario / a o tutor responsable:

Por medio de la presente, dejamos constancia de que se ha hecho entrega formal del **Instructivo de Prestaciones de Discapacidad correspondiente al Año Prestacional 2027**. El mismo detalla de manera taxativa los requisitos documentales, normativas administrativas y plazos perentorios obligatorios exigidos para la correcta tramitación de la cobertura médico-asistencial bajo el Sistema de Mecanismo de Integración regulado por las Resoluciones vigentes de la SSSalud.

Se recuerda al afiliado y/o responsable que este documento debidamente cumplimentado y firmado **debe ser adjuntado de manera obligatoria y excluyente** al momento de formalizar la presentación del expediente digitalizado completo ante los canales de auditoría de esta Obra Social.

Firma: .....

Aclaración: .....

DNI N°: .....