



OBRA SOCIAL DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE LA PATAGONIA AUSTRAL

Form: OSUNPA002/rev1

### SOLICITUD BENEFICIOS OSUNPA

Datos del Afiliado Fecha:

AFILIADO TITULAR:	BENEFICIARIO:
CUIL:	DNI:
E-MAIL:	PARENTESCO:
ALIAS Bancario/CBU:	

Beneficio Solicitado

OPTICA		FARMACIA			VIATICOS			HONORARIOS	OTROS
Anual	Bianual	PAF	DBT	Otro	DMP	A/E	Otro	MEDICOS	Detallar:

Documentación presentada:

Profesional Medico Proveedor

Firma de Receta	Razón Social:
Fecha de Receta	Nro. Factura:
	Fecha Factura:
	Importe:

Control Interno OSUNPA

Auditado por	Fecha:	
Reintegro	Fecha:	_____
Importe Re-integrado		Firma Afiliado

Observaciones: