



OSPFESIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar // www.ospfesiqyp.com.ar

Estimados Compañeros/as:

OSPFESIQYP les informa que a partir del 1 de enero del 2021

BENEFICIO OPTICA

- MENORES DE 15 AÑOS.....\$900
- MAYORES DE 15 AÑOS.....\$700

BENEFICIO PLANTILLAS:

- PLANTILLAS.....\$500

BENEFICIO MULETAS, SILLA DE RUEDA Y BOTA WALKER

- MULETAS..... \$650
- SILLA DE RUEDAS..... \$650
- BOTA WALKER..... \$650

DOCUMENTACION PARA SOLICITUD DE REINTEGRO:

A) Pedido medico previamente autorizado por la Obra Social

B) Factura electrónica

- Factura a nombre a la Obra Social (OSPFESIQYP)
- Factura B o C (IVA exento)
- CUIT 30-71170394-9
- Domicilio Pavón 3708 CABA
- Aclarar en el detalle nombre completo y numero de afiliado



OSPFeSIQYP

Obra Social del Personal de la Federación de Sindicatos
de la Industria Química y Petroquímica
(RNOS 1-2800-3)

AVENIDA PAVON 3708 / 10 – CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES – (C.P 1253) TEL.: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422
LINEA GRATUITA 0800-333-4078 // autorizaciones@ospfesiyp.com.ar // www.ospfesiyp.com.ar

CABA, de del 20 .

Por medio de la presente, (Nombre y Apellido) en mi carácter
de titular de la Obra Social con N° de afiliado

Autorizo a que se me realice el pago por CBU en concepto de reintegro de:.....
mediante transferencia bancaria a mi cuenta.

Documentación a Adjuntar:

- Certificado de CBU emitido por la entidad bancaria.
- Factura digital a nombre de la Obra Social.
- Orden medica autorizada previamente por la Obra Social.

Firma:

Nombre y Apellido:.....

D.N.I.:.....