

ANEXO II

(Normas de funcionamiento OSUOMRA)

- 1) Los afiliados titulares y sus grupos familiares, contarán con carnet de afiliación, el cual podrá ser: Original o provisorio.

BENEFICIARIO N° 036/ UNIÓN OBRERA METALÚRGICA FILIAL GRAL.ROCA	OBRA SOCIAL O.S.U.O.M.A.R.A. APELLIDO NOMBRE..... DIRECCIÓN CUIL FABRICA TITULAR FAMILIAR
---	--

 UNIÓN OBRERA METALÚRGICA R.A. Filial Gral. Roca
ESTA CREDENCIAL SOLO TIENE VALIDEZ PRESENTANDO EL ULTIMO RECIBO DE HABERES
DON BOSCO 1551- (8332) GENERAL ROCA TEL: (0298) 4423050

PROVISORIO

 OSUOMRA Obra Social de la Unión Obrera Metalúrgica de la República Argentina	
HERRERA MAURO IGOR 20348622839-036-00-00	

Esta credencial es personal e intransferible. Se podrá requerir la presentación del documento de identidad y último recibo de sueldo o pago.	
 www.osuomra.org.ar	
 Superintendencia de Servicios de Salud Órgano de Control - www.sssalud.gov.ar 0800-222-SALUD (72583)	

ORIGINAL

- 2) En consultas ambulatorias deberán presentar carnet y orden de consulta, el bono en su margen izquierdo dirá que es para ODONTOLOGIA .-

 ORDEN DE CONSULTA	INTERNACION <input type="checkbox"/> AMBULATORIO <input type="checkbox"/>	PARA EL PRESTADOR 013802
OBRA SOCIAL DE LA UNION OBRERA METALURGICA	Código: 1 1 2 1 0 3	LUGAR DE EMISION FECHA
BENEFICIARIO NUMERO	Cat. Plan Edad Sexo M F	Fecha Prestac. CODIGO N.N. Día Mes Año
APELLIDO Y NOMBRE		ESTABLECIMIENTO
DOMICILIO		N° de Orden de Internación
Firma del Beneficiario	Motivo Diagnóstico	Firma y Sello Profesional

- 3) Las autorizaciones de prácticas ambulatorias deberán ser en bono original,

METALURGICOS	ORDEN DE PRACTICA		N° 007649		Lugar Emision	Fecha																					
	OSUOMRA		Código 1 1 2 1 0 3																								
	PRESCRIPCION				REALIZACION HONORARIOS																						
	Número de Beneficiario		Cat		Práctica Indicada		Cant		Código		Uso o S																
	Apellido																										
	Nombres																										
	Edad		Sexo		Plan																						
	M		F																								
	Internado		Domicilio																								
	Ambulatorio		Institucional		N° de Orden de Internación		Establecimiento																				
Firma Benefic.				Fecha				Firma y Sello Solicitante				Fecha				Firma y Sello Elector				Fecha				Hora			

ORDEN DE PRACTICA		N° 007649													
OSUOMRA		Código 1 1 2 1 0 3													
REALIZACION DE GASTOS															
Cant		Código		Uso o S		Número de Beneficiario		Cat							
Apellido															
Nombres															
Internado		Domicilio													
Ambulatorio		Institucional		N° de Orden de Internación											
Establecimiento															
Firma Efect.				Fecha				Firma Benefic.				Fecha			

4) La facturación deberá ser "B" o "C" a nombre de O.S.U.O.M.R.A., CUIT N° 30-58520776-0, IVA Sujeto exento y enviada a Don Bosco 1551 de General Roca (RN) en original, la misma se cargaran en un sistema de pago de prestadores entre el día 25 y 30 de c/mes y el pago se realizara dentro de los 30 (treinta) días posteriores

6) para consulta : uomgralroca@hotmail.com / TEL/ 02984423050