

AÑO 2016

NOTA MÚLTIPLE N° 142

La Plata, 29 de Julio de 2016.

Señor  
Presidente de la  
**Entidad Primaria**

De nuestra consideración:

Nos dirigimos a usted con el fin de informar lo siguiente:

**PUNTO ÚNICO: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL RURAL Y ESTIBADORES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA - OSPRERA RURALES (Código 110): Cambio de modalidad de Convenio. OSPRERA MONOTRIBUTISTAS (Código 410) y OSPRERA Anestésias (Código 610) actualización arancelaria.**

Me dirijo a usted a efectos de informarle, que como consecuencia de las reuniones realizadas con la Obra Social, se acordó un cambio en el modelo de convenio de afiliados Rurales, pasando a partir del 1° de Agosto de 2016 a la modalidad de ACTO MEDICO, conjuntamente con un incremento en los aranceles y coseguros, también aplicable a los afiliados Monotributistas.

Por lo expuesto a continuación se pasan a detallar las pautas operativas:

- 1) Emisión y Autorización de órdenes en las bocas de expendio habilitadas por la Obra Social.
- 2) Acceden al convenio por Acto Médico todos los beneficiarios que concurren con los bonos color verde (Anexo I - bonos manuales y/o mecanizados) emitido por la Obra Social, independientemente de su condición, Rural, Monotributistas, de otras provincias, etc, con la salvedad del importe del coseguro que deben abonar en forma directa al profesional, de acuerdo al punto 4.3.
- 3) En relación a las prestaciones de anestesia se mantienen la modalidad indica en NM 68/16, código de OS 610, remitiendo carátula de presentación completa en todos sus ítems, copia del protocolo anestésico, copia del protocolo quirúrgico, planilla de evaluación preanestésica o fotocopia de la hoja de la Historia Clínica donde conste su realización. La documentación debe estar abrochada con la carátula correspondiente.
- 4) **Obligaciones del beneficiario.**
  - 4.1 Deberá acreditar su condición de afiliado presentando documento nacional de identidad, conjuntamente con los bonos color verde autorizado por la Obra Social (Anexo I) manuales y/o mecanizados.
  - 4.2 En las prestaciones ambulatorias deberá abonar en forma directa al profesional los importes que a continuación se detallan, que posteriormente se debitarán de los aranceles informados.
  - 4.3 Los afiliados comprendidos en el PMI no abonar coseguro, la Obra Social abona el importe total, indicado en la grilla arancelaria. Los mismos son identificados con la leyenda PMI.
  - 4.4 El resto de los afiliados en ambulatorio deben abonar los coseguros que a continuación se detallan.

COSEGURO AMBULATORIO	AFILIADO RURAL	AFILIADO MONOTRIBUTISTA
Consulta Categoría Básica "A"	\$ 60,00	\$ 80,00
Consulta Categoría "B.1.", "B.2." y "C"	\$ 70,00	\$ 100,00
Prácticas Médicas – Nomencladas	\$ 60,00	\$ 100,00
Prácticas Médicas – No Nomencladas	\$ 100,00	\$ 150,00

4.5 En las prestaciones brindadas en Internación el afiliado no abona suma alguna, la Obra Social abona el importe total, indicado en la grilla arancelaria.

4.6 En el caso de no contar el beneficiario con la documentación consignada, podrá el profesional cobrar la prestación al paciente, extendiendo el recibo pertinente, indicando código de la prestación realizada y explicitando descriptivamente el motivo del cobro.

Si el beneficiario cumplimenta la documentación en el término de 72 horas hábiles, desde que la prestación fue brindada, y adjunta el recibo de pago original, el profesional deberá reintegrarle al mismo el monto percibido.

## 5) Normas de Facturación.

5.1 Las prestaciones serán facturadas identificadas con los códigos de Obra Social 110/410/610, Rurales, Monotributistas y Anestias, respectivamente, respetando el cronograma 3) A) de la NM 151/16, es imprescindible remitir la facturación acompañada cada una de los respectivos "Remitos Envío de Documentación" respetando los tres lotes que a continuación se detallan:

- 5.1.1 Lote 1. Conteniendo la documentación de las prestaciones brindadas en ambulatorio.
- 5.1.2 Lote 2. Conteniendo la documentación de las prestaciones brindadas en internación, donde además del bono de internación (Anexo II), deberá adjuntar R/p indicando el código de la prestación brindada, protocolo quirúrgico y/o Historia Clínica.
- 5.1.3 Lote 3. Conteniendo la documentación correspondiente al derecho de aparatología, se informa que se dará curso exclusivamente de los profesionales que hayan remitido la Declaración Jurada solicitada oportunamente para el IOMA.
- 5.1.4 Se recuerda que las prestaciones deben ser remitidas con la correspondiente carátula.
- 5.1.5 En los casos que corresponda enviar información complementaria como protocolo quirúrgico, Historia Clínica, informes, fotografías de ecografías, etc, se solicita agrupar todas las órdenes de atención y a continuación el resto de la documentación.
- 5.1.6 El llenado de todas las órdenes de atención deberán cumplimentarse en la totalidad de los datos requeridos.
- 5.1.7 En caso de enmiendas o errores, las modificaciones deberán salvarse con la misma tinta, letra y firma y sello del profesional que firmó la prestación.

5.1.8 Se podrán facturar prestaciones realizadas durante los noventa (90) días anteriores al mes de presentación, Ej al mes de Diciembre/16, se pueden incluir prestaciones del período Septiembre a Noviembre/16.

5.1.9 Las autorizaciones de prestación tienen una vigencia de 30 días para su efectivizarían (entre la fecha de prescripción y la fecha de realización de la práctica).

**6) Prestaciones Incluidas.**

Las prestaciones incluidas se encuentran identificadas en los Anexos III Nomencladas y No Nomencladas con su correspondiente valor.

**7) Aranceles.**

Para la valorización de las prácticas médicas y las intervenciones quirúrgicas nomencladas se utilizará la misma cantidad de galenos y unidades de gastos que las que figuran en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y en las Prácticas No Nomencladas los importes detallados en los respectivos Anexos.

**RURALES Código 110**

RUBRO	OSPRERA	AFILIADO	TOTAL
	RURALES		
Consulta Básica Ambulatoria Básica. "A"	\$ 102,00	\$ 60,00	\$ 162,00
Consulta Ambulatoria Categorizada B1, B2 y C	\$ 105,00	\$ 70,00	\$ 175,00
Consulta Ambulatoria PMI Categoría Básica "A"	\$ 162,00	\$ 0,00	\$ 162,00
Consulta Ambulatoria PMI Categorizada B1, B2 y C	\$ 175,00	\$ 0,00	\$ 175,00
Consulta Internación Categoría Básica "A"	\$ 162,00	\$ 0,00	\$ 162,00
Consulta Internación Categorizada B.1., B.2 y C	\$ 175,00	\$ 0,00	\$ 175,00

**MONOTRIBUTISTA Código 410**

RUBRO	OSPRERA	AFILIADO	TOTAL
	MONOTRIBUTISTA		
Consulta Básica Ambulatoria Básica. "A"	\$ 82,00	\$ 80,00	\$ 162,00
Consulta Ambulatoria Categorizada B1, B2 y C	\$ 75,00	\$ 100,00	\$ 175,00
Consulta Ambulatoria PMI Categoría Básica "A"	\$ 162,00	\$ 0,00	\$ 162,00
Consulta Ambulatoria PMI Categorizada B1, B2 y C	\$ 175,00	\$ 0,00	\$ 175,00
Consulta Internación Categoría Básica "A"	\$ 162,00	\$ 0,00	\$ 162,00
Consulta Internación Categorizada B.1., B.2 y C	\$ 175,00	\$ 0,00	\$ 175,00

En lo que se refiere a prácticas médicas y quirúrgicas, los valores referenciales se aplican ambos convenios Rurales código 110 y Monotributistas código 410. En el caso de prácticas médicas y quirúrgicas ambulatorio se procederá a debitar el coseguro anticipado en forma directa al profesional.

Prestación	Básico	A. Diferenciado	
		Cat. A y B	Cat. C
Galeno Prácticas	\$ 6,80	\$ 6,80	\$ 6,80
Galeno Quirúrgico	\$ 13,58	\$ 19,01 (*)	\$ 19,01 (*)
Gasto Bioquímico	\$ 7,74	\$ 7,74	\$ 7,74
Gasto Radiológico Capítulo 34 del NN	\$ 3,68	\$ 3,68	\$ 3,68
Otros Gastos	\$ 0,85	\$ 0,85	\$ 0,85
Gasto Operatorio	\$ 2,91	\$ 2,91	\$ 2,91
Atención R. Nacido	\$13,58	\$ 13,58	\$ 13,58
Galeno UTI	\$ 13,58	\$ 13,58	\$ 13,58
Todas las Ecografías Nomencladas (Honorarios).	\$ 150,00	\$ 150,00	\$ 150,00
Todas las Ecografías Nomencladas (Gastos).	\$ 170,00	\$ 170,00	\$ 170,00

Se recuerda que continua vigente el reconocimiento de la categorización en las prácticas quirúrgicas (\*) exclusivamente para las prestaciones que superen de acuerdo al Nomenclador Nacional la cantidad de 102 galenos en el cirujano.

El siguiente grupo de prácticas brindadas vía laparoscópicas, tienen un incremento del 20 % sobre los honorarios médicos.

**CÓDIGO Y NOMBRE DE LA PRÁCTICA**

- 050412 . NEUMONECTOMIA
- 050413 . ESCISION LOCAL LESION PULMONAR
- 050414 . OPERACIONES EN EL MEDIASTINO
- 050415 . MEDIASTINOSCOPIA
- 050416 . TORACOTOMIA AMPLIA EXPLORADORA
- 080215 . HERNIOPLASTIA DIAFRAGMATICA
- 080216 . HERNIOPLASTIA INGUINAL
- 080217 . HERNIOPLASTIA BILATERAL
- 080527 . APENDICECTOMIA
- 080716 . COLECISTECTOMIA
- 110106 . RESECCION CUNEIFORME DE OVARIO
- 110218 . HISTERECTOMIA C/S ANEXECTOMIA
- 110219 . MIOMECTOMIA UTERINA ABDOMINAL
- 080527. COLECTOMIA TOTAL SIN RECTO CON RESTITUCION DEL TRANSITO
- 080528 COLECTOMIA TOTAL SIN RECTO CON ILEOSTOMIA TEMPORARIA
- 080529 HEMICOLECTOMIA DERCHA O IZQUIERDA
- 080530 COLECTOMIA SEGMENTARIA RESECCION SEGMENTARIA
- 080531 RESECCION ANTERIOR - OPERACIÓN DE DIXON O DE MAUNSEN
- 100408 PROSTATECTMIA RADICLA
- 100117 NEFRECTOMIA TOTAL CUALQUIER VIA UTILIZADA

**8) Situaciones Especiales.**

- a. Los profesionales deberán llevar la Historia Clínica, documento obligatorio cronológico, completo en el que conste toda la actuación realizada al paciente, que podrán ser requeridas por la Obra Social, con el debido resguardo.

**9) Cierre del Convenio de cartera Fija Rurales código 210.**

A los efectos de proceder al cierre de la cartera fija se establecen los siguientes plazos de presentación:

- a. Plazos de presentación de facturación ambulatoria, de las prestaciones brindadas hasta el 31/07/2016, es el 02/09/2016.
- b. Plazos de presentación de facturación en Internación, de las prestaciones brindadas hasta el 31/07/2016, es el 03/10/2016.
- c. Bonos emitidos con anterioridad al 1° de Agosto de 2016, que la prestación no fue brindada hasta la fecha en cuestión, no tiene validez, por lo expuesto deberá solicitar el reintegro del coseguro abonado en la Entidad Primaria, y proceder a retirar la nueva orden en la boca de expendio de OSPRERA.

Sin otro particular, saludamos a usted atentamente.-



Dr. Abel Olivero  
Secretario de Gobierno

**ANEXO I**  
**A LA NOTA MÚLTIPLE N° 142/16**

*Bonos Manuales*

<b>ORDEN DE CONSULTA</b>		<b>B</b> N°	<b>3679826</b>
OBRA SOCIAL	CODIGO	PLAN	FECHA EMISION
<b>OSPRERA</b>			
INTERNACION	DOMICILIO	AMBULATORIO	
BENEFICIARIO		PARENTESCO	
TIPO Y N° DE DOCUMENTO		APELLIDO Y NOMBRES	
TITULAR		APELLIDO Y NOMBRES	
TIPO Y N° DE DOCUMENTO		EMPLEADOR	
RAZON SOCIAL		N° DE C.U.I.T.	
Firma y Sello Beca Expend.		Firma Beneficiario	

APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR		<b>ORDEN DE CONSULTA</b>		INTERNACION	AMBULATORIO	<b>B</b> N°	<b>3679826</b>
TIPO Y N° DE DOCUMENTO		OBRA SOCIAL	CODIGO	PLAN	EDAD	SEXO	FECHA EMISION
RAZON SOCIAL EMPLEADOR		<b>OSPRERA</b>		LUGAR DE EMISION	FECHA EMISION		
N° DE CUIT		TIPO Y N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	PLAN	EDAD	SEXO	FECHA PRESTAC.
LOCALIDAD DEL ESTABLECIMIENTO		APELLIDO Y NOMBRES		DE	MESES	DIAS	CODIGO N.N
PROVINCIA DEL ESTABLECIMIENTO		DOMICILIO		ESTABLECIMIENTO		N° ORDEN DE INTERNACION	
Firma del Beneficiario		MOTIVO O DIAGNOSTICO		Firma y Sello Profesional			

APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR		<b>ORDEN DE PRACTICA</b>		A	N°	<b>5199776</b>	Lugar de Emisión	FECHA
TIPO Y N° DE DOCUMENTO		OBRA SOCIAL	<b>OSPRERA</b>	CODIGO	1,1,9,3,0,2			FECHA
RAZON SOCIAL EMPLEADOR		PRESCRIPCION		REALIZACION HONORARIOS				
N° DE CUIT		TIPO Y N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	SEXO	PLAN	CANT.	CODIGO
LOCALIDAD DEL ESTABLECIMIENTO		APELLIDO		PRACTICA INDICADA		USO O.S.		
PROVINCIA DEL ESTABLECIMIENTO		NOMBRES		EDAD		SEXO	PLAN	FECHA
Firma Beneficiario		INTERNADO		DOMICILIO	N° ORDEN INTERNACION		ESTABLECIMIENTO	
Firma y Sello Beneficiario		AMBULATORIO		INSTITUCIONAL		Firma y Sello Emisor		

APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR		<b>ORDEN DE PRACTICA</b>		A	N°	<b>5199776</b>	Lugar de Emisión	FECHA
TIPO Y N° DE DOCUMENTO		OBRA SOCIAL	<b>OSPRERA</b>	CODIGO	1,1,9,3,0,2			FECHA
RAZON SOCIAL EMPLEADOR		REALIZACION GASTOS		NUMERO DE BENEFICIARIO				
N° DE CUIT		CANT.	CODIGO	USO O.S.	TIPO Y N° DE DOCUMENTO		PARENTESCO	
LOCALIDAD DEL ESTABLECIMIENTO		APELLIDO		PRACTICA INDICADA		USO O.S.		
PROVINCIA DEL ESTABLECIMIENTO		NOMBRES		EDAD		SEXO	PLAN	FECHA
Firma Emisor		INTERNADO		DOMICILIO	N° ORDEN INTERNACION		ESTABLECIMIENTO	
Firma y Sello Emisor		AMBULATORIO		INSTITUCIONAL		Firma y Sello Beneficiario		

<b>ORDEN DE CONSULTA</b>		<b>A</b> N°	<b>0744301</b>
OBRA SOCIAL	CODIGO	PLAN	FECHA EMISION
<b>OSPRERA</b>			
INTERNACION	DOMICILIO	AMBULATORIO	
BENEFICIARIO		PARENTESCO	
TIPO Y N° DE DOCUMENTO		APELLIDO Y NOMBRES	
TITULAR		APELLIDO Y NOMBRES	
TIPO Y N° DE DOCUMENTO		EMPLEADOR	
RAZON SOCIAL		N° DE C.U.I.T.	
Firma y Sello Beca Expend.		Firma Beneficiario	

APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR		<b>ORDEN DE CONSULTA</b>		INTERNACION	AMBULATORIO	<b>A</b> N°	<b>0744301</b>
TIPO Y N° DE DOCUMENTO		OBRA SOCIAL	CODIGO	PLAN	EDAD	SEXO	FECHA EMISION
RAZON SOCIAL EMPLEADOR		<b>OSPRERA</b>		LUGAR DE EMISION	FECHA EMISION		
N° DE CUIT		TIPO Y N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	PLAN	EDAD	SEXO	FECHA PRESTAC.
LOCALIDAD DEL ESTABLECIMIENTO		APELLIDO Y NOMBRES		DE	MESES	DIAS	CODIGO N.N
PROVINCIA DEL ESTABLECIMIENTO		DOMICILIO		ESTABLECIMIENTO		N° ORDEN DE INTERNACION	
Firma del Beneficiario		MOTIVO O DIAGNOSTICO		Firma y Sello Profesional			

APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR		<b>ORDEN DE PRACTICA</b>		A	N°	<b>0305201</b>	Lugar de Emisión	FECHA
TIPO Y N° DE DOCUMENTO		OBRA SOCIAL	<b>OSPRERA</b>	CODIGO	1,1,9,3,0,2			FECHA
RAZON SOCIAL EMPLEADOR		PRESCRIPCION		REALIZACION HONORARIOS				
N° DE CUIT		TIPO Y N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD	SEXO	PLAN	CANT.	CODIGO
LOCALIDAD DEL ESTABLECIMIENTO		APELLIDO Y NOMBRE		PRACTICA INDICADA		USO O.S.		
PROVINCIA DEL ESTABLECIMIENTO		NOMBRES		EDAD		SEXO	PLAN	FECHA
Firma Beneficiario		INTERNADO		DOMICILIO	N° ORDEN INTERNACION		ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	
Firma y Sello Beneficiario		AMBULATORIO		INSTITUCIONAL		Firma y Sello Emisor		

APELLIDO Y NOMBRE DEL TITULAR		<b>ORDEN DE PRACTICA</b>		A	N°	<b>0305201</b>	Lugar de Emisión	FECHA
TIPO Y N° DE DOCUMENTO		OBRA SOCIAL	<b>OSPRERA</b>	CODIGO	1,1,9,3,0,2			FECHA
RAZON SOCIAL EMPLEADOR		REALIZACION GASTOS		NUMERO DE BENEFICIARIO				
N° DE CUIT		CANT.	CODIGO	USO O.S.	TIPO Y N° DE DOCUMENTO		PARENTESCO	
LOCALIDAD DEL ESTABLECIMIENTO		APELLIDO		PRACTICA INDICADA		USO O.S.		
PROVINCIA DEL ESTABLECIMIENTO		NOMBRES		EDAD		SEXO	PLAN	FECHA
Firma Emisor		INTERNADO		DOMICILIO	N° ORDEN INTERNACION		ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL	
Firma y Sello Emisor		AMBULATORIO		INSTITUCIONAL		Firma y Sello Beneficiario		

Bonos Mecanizados

 ORDEN Nº <b>02-666-00102820</b> Nº VALID. AFIL.																																																		
<b>  CONSULTA   MONOTRIBUTISTA  </b>																																																		
<b>■ DATOS DEL BENEFICIARIO</b> Apellido y Nombre: Afiliado Prueba Monotributo 01      CUIL/T Titular: <b>20-15.155.155-6</b> Tipo y Nº de Documento: DNI 15.155.155   Sexo: <b>M</b>   Fecha de Nacimiento: 24/01/1942        Edad: 74 años Tipo de Afiliado: <b>MONOTRIBUTISTA</b>   Boca de Expendio: PARANA - ENTRE RIOS																																																		
<b>DATOS DE LA PRESTACION</b> (Empty space for handwritten notes)																																																		
<b>Diagnóstico:</b> Prestador: PRESTADOR GENERICO      Fecha de Prestación:         Coseguro a/c Afiliado: \$4,00 (Abonar al prestador)																																																		
Firma del Beneficiario		Firma y Sello del Responsable de Emisión																																																
Firma y Sello del Profesional		Fecha de Prestación																																																
VALIDEZ DE LA ORDEN: 30 DIAS, con código de barras, sello y firma de la Boca de Expendio																																																		
 EMISION Lugar: 02.77.066666.6   LA PLATA        Fecha: 14/07/2016 RECETARIO Nº <b>02-666-00102821</b> Nº VALID. AFIL.																																																		
<b>  RECETARIO   MONOTRIBUTISTA  </b>																																																		
<b>■ DATOS DEL BENEFICIARIO</b> Apellido y Nombre: Afiliado Prueba Monotributo 01      CUIL/T Titular: <b>20-15.155.155-6</b> Tipo y Nº de Documento: DNI 15.155.155   Sexo: <b>M</b>   Fecha de Nacimiento: 24/01/1942        Edad: 74 años Tipo de Afiliado: <b>MONOTRIBUTISTA</b>   Boca de Expendio: PARANA - ENTRE RIOS																																																		
Fecha de Prescripción: / /		Fecha de Dispensación: / /																																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">NOMBRE COMERCIAL</th> <th rowspan="2">CANTIDAD RECELADA</th> <th rowspan="2">CANTIDAD ENTREGADA</th> <th rowspan="2">PRECIO UNITARIO</th> <th rowspan="2">TOTAL</th> <th rowspan="2">% DESCUENTO AL AFILIADO</th> <th colspan="2">TOTAL A CARGO DE:</th> <th rowspan="2">TROQUEL</th> </tr> <tr> <th>OBRA SOCIAL</th> <th>AFILIADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NOMBRE COMERCIAL</td> <td>Número</td> <td>Número</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>TROQUEL 1</td> </tr> <tr> <td>NOMBRE COMERCIAL</td> <td>Letra</td> <td>Letra</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>NOMBRE COMERCIAL</td> <td>Número</td> <td>Número</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>TROQUEL 2</td> </tr> <tr> <td>NOMBRE COMERCIAL</td> <td>Letra</td> <td>Letra</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				NOMBRE COMERCIAL	CANTIDAD RECELADA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO	TOTAL	% DESCUENTO AL AFILIADO	TOTAL A CARGO DE:		TROQUEL	OBRA SOCIAL	AFILIADO	NOMBRE COMERCIAL	Número	Número						TROQUEL 1	NOMBRE COMERCIAL	Letra	Letra							NOMBRE COMERCIAL	Número	Número						TROQUEL 2	NOMBRE COMERCIAL	Letra	Letra						
NOMBRE COMERCIAL	CANTIDAD RECELADA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO							TOTAL	% DESCUENTO AL AFILIADO		TOTAL A CARGO DE:		TROQUEL																																			
				OBRA SOCIAL	AFILIADO																																													
NOMBRE COMERCIAL	Número	Número						TROQUEL 1																																										
NOMBRE COMERCIAL	Letra	Letra																																																
NOMBRE COMERCIAL	Número	Número						TROQUEL 2																																										
NOMBRE COMERCIAL	Letra	Letra																																																
Diagnóstico: <b>R1</b> <b>R2</b>		TOTAL RECETA \$ TOTAL BENEFICIARIO \$ TOTAL OBRA SOCIAL \$																																																
Fecha de Prescripción:		Fecha de Dispensación:																																																
Firma y Sello del Responsable de Boca de Expendio		Firma y Sello del Profesional																																																
Firma y Sello del Farmacéutico		Matrícula Nº																																																
4755022320160714123000		<b>Desc.s/Form.Terap.Amb.OSPRERA</b>																																																

 <b>OSPRERA</b> <small>Obra Social del Personal Rural y Establecimientos de la República Argentina</small>		ORDEN Nº <b>02-666-00102823</b> Nº VALID. AFIL.	
<b>  PRACTICA  </b>			<b>(Gastos)</b>
<b>■ DATOS DEL BENEFICIARIO</b>			
Apellido y Nombre: <b>Afiliado Prueba</b> Tipo y Nº de Documento: <b>DNI 66.166.166</b>   Sexo: <b>M</b>   Fecha de Nacimiento: <b>20/12/2007</b>   Edad: <b>8 años</b> Tipo de Afiliado: <b>RURAL</b>   Boca de Expendio: <b>CAPITAL FEDERAL - CAPITAL FEDERAL</b>		CUIL/T Titular: <b>20-16.166.166-7</b>	
<b>DATOS DE LA PRESTACION</b> Según Pedido Adjunto			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Diagnóstico:</b> </div>			
Fecha de Prestación:		Firma del Beneficiario      Firma y Sello del Responsable de Emisión      Firma y Sello del Profesional      Fecha de Prestación	
4755030820160714123407 VALIDEZ DE LA ORDEN: 30 DIAS, con código de barras, sello y firma de la Beca de Expendio			

 <b>OSPRERA</b> <small>Obra Social del Personal Rural y Establecimientos de la República Argentina</small>		EMISION Lugar: <b>02.77.066666.6   LA PLATA</b>   Fecha: <b>14/07/2016</b> ORDEN Nº <b>02-666-00102823</b> Nº VALID. AFIL.	
<b>  PRACTICA  </b>			<b>(Honorarios)</b>
<b>■ DATOS DEL BENEFICIARIO</b>			
Apellido y Nombre: <b>Afiliado Prueba</b> Tipo y Nº de Documento: <b>DNI 66.166.166</b>   Sexo: <b>M</b>   Fecha de Nacimiento: <b>20/12/2007</b>   Edad: <b>8 años</b> Tipo de Afiliado: <b>RURAL</b>   Boca de Expendio: <b>CAPITAL FEDERAL - CAPITAL FEDERAL</b>		CUIL/T Titular: <b>20-16.166.166-7</b>	
<b>DATOS DE LA PRESTACION</b> Según Pedido Adjunto			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Diagnóstico:</b> </div>			
Fecha de Prestación:		Firma del Beneficiario      Firma y Sello del Responsable de Emisión      Firma y Sello del Profesional      Fecha de Prestación	
4755030820160714123407 VALIDEZ DE LA ORDEN: 30 DIAS, con código de barras, sello y firma de la Beca de Expendio			

**ANEXO II**  
**A LA NOTA MÚLTIPLE N° 142/16**

*Bonos de internación*

 <b>OSPRERA</b> <small>Obra Social del Personal Rural y Establecidos de la República Argentina</small>		<b>ORDEN N°</b> 02-666-00102822	
<b>N° VALID. AFIL.</b>		* 0 2 6 6 6 0 0 1 0 2 8 2 2 0 *	
<b>  INTERNACION  </b>			
<b>■ DATOS DEL BENEFICIARIO</b>			
Apellido y Nombre:	Afiliado Prueba	CUIL/T Titular:	20-16.166.166-7
Tipo y N° de Documento:	DNI 66.166.166	Sexo:	M
Tipo de Afiliado:	RURAL	Fecha de Nacimiento:	20/12/2007
		Boca de Expendio:	CAPITAL FEDERAL - CAPITAL FEDERAL
<b>DATOS DE LA PRESTACION</b>		<b>Días de Internación Autorizados</b>	<b>Desde</b> 13/07/2016 <b>Hasta</b> 13/07/2016 <b>Total</b> 01
Según Pedido Adjunto			
<b>Diagnóstico:</b>			
			<b>Fecha de Prestación:</b>
Firma del Beneficiario	Firma y Sello del Responsable de Emisión	Firma y Sello del Profesional	Fecha de Prestación
4755029820160714123330			
VALIDEZ DE LA ORDEN: 30 DIAS, con código de barras, sello y firma de la Boca de Expendio			