OSPUNCPBA Obra Social del Personal de la Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires

Suc.

TRATAMIENTO PROLONGADO

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre: ..... Afiliado Nº ..... DNI Nº ..... Sexo ..... Edad ..... Tel. .....

DIAGNOSTICO

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

DETALLE DE MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS

NOMBRE GENERICO	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACION	Nº DE ENVASES MENSUALES	IMPORTE AUTORIZADO

Firma y sello del médico solicitante

Firma y sello del médico Auditor OSPUNCPBA

La presente autorización es válida por 180 días a partir de la fecha.

TROQUEL TROQUEL TROQUEL TROQUEL TROQUEL TROQUEL