OBRA SOCIAL DEL PERSONAL
de Industrias Químicas y Petroquímicas

Formulario de aceptación de recetas especiales

A) Monodrogas fuera del Vademecum
B) Monodrogas con cobertura del 70 %
C) Monodrogas o alimentos con cobertura del 100 %
(Marcar lo que corresponda)

Fecha de solicitud: ..... Fecha de Vencimiento:.....
(Este formulario caduca a los 6 meses de emitido)

Nombre y Apellido:.....

N° de Afiliado:.....

Domicilio:.....Localidad:.....

Teléfono:.....Sexo:.....Edad:.....

Diagnostico:.....

Medicación sugerida (completar en imprenta legible):.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datos del Profesional

Nombre y Apellido:.....

N° de Matricula:.....

Teléfono:.....

Firma:.....

Estimado profesional recuerde informar en el presente formulario sus datos personales para la aprobación de la prescripción.

Autorización O.S.P.I.Q.Y.P.:.....

Scanned with CamScanner