

**O.S.P.F**

DELEGACION :

OBRASOCIALDEPERSONAL DE FARMACIA

Pagina: 1 / 1

Tipo de Trámite :

Trámite Nro. :

Prioridad :

Fecha : dd/mm/aaaa

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nombre y Apellidos :

Nro. Beneficiario :

Documento :

Edad :

Localidad :

Plan

Fecha Inicio Plan

Fecha Fin Plan

PRESTADOR SOLICITANTE

Nombre y Apellidos :

Localidad :

Domicilio :

Prestación

Código

Cantidad

Total

\$ 0,00

Total a pagar: \$ 0,00

Trámite: AUTORIZADA

Fecha de Autorización :dd/mm/aaaa VALIDEZ 30 días

OBSERVACIONES

(*) 11111

AUTORIZADO A
REALIZAR EN
PRESTADOR OSPF

Ad referéndum de Auditoría Médica Central. Esta autorización debe adjuntarse a la facturación, junto con una copia de los informes o historia clínica. Validez de la Autorización: 30 días

Auditor

Fecha de atención:/.....

Firma y sello del Medico Auditor

Firma del Beneficiario

Firma, sello y matricula de Efecto