

**O.S.P.F**

OBRASOCIALDEPERSONAL DE FARMACIA

DELEGACION :

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 Efector