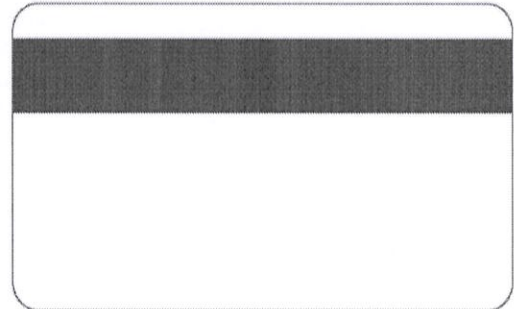





ANEXO IV
MODELOS DE CREDENCIALES Y FORMULARIOS OFICIALES

1- Credencial oficial



2- Bono de consulta u orden de práctica: Su validez es la indicada en el bono

O.S.Do.P 		Emitido:	Observ.		Orden	
		Vence:	Bono:		N	
IDENTIFICACION GRUPO FAMILIAR			IDENTIFICACION DE LA PRÁCTICA			
<input type="checkbox"/>	Área de Atención	Prescripción		Código	Cant.	
	<input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Internado	<input type="radio"/> <input type="radio"/>				
	Tipo de Bono					
	<input type="checkbox"/> Consulta Ambulat. <input type="checkbox"/> Consulta Domic. <input type="checkbox"/> Consulta Espec. <input type="checkbox"/> Práctica Ambulat. <input type="checkbox"/> Salud Mental <input type="checkbox"/> Rehabilitación <input type="checkbox"/> Odontología <input type="checkbox"/> Internación	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>				
	<input type="checkbox"/> Diagnóstico Presuntivo:				Código Dx	
		Firma del Afiliado:	Datos Adicionales:			
	Autorización:	Matr. Prescriptor (Firma y Sello)	Matr. Efector (Firma y Sello)			
	Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /			
	Firma:					


COD. 026

3- Autorización especial: FORMULARIO F5: Se emite para Prestaciones no contratadas, prestaciones fuera de PMO, afiliados fuera de jurisdicción. El F5 constituye una autorización excepcional: Tiene 30 (treinta) días de vigencia desde su autorización. Indica la prestación a realizar, y el porcentaje de cobertura de La Obra Social. Puede contener observaciones, recomendaciones o comentarios de auditores médicos.

Orden de Autorización Previa

OSDOP - Delegación B030 - _____

Destino adm. Cobertura Especial
 Tipo de cobertura Prestaciones Medicas


F5

Solicitud **25936604** Autorización 759140

Bono de farmacia Prescripción en receta NO OSDOP Estado de auditoría Autorizado

Afiliado Número - Nombre y Apellido Edad ____ Años

Solicitante _____

Fecha de solicitud ____ / ____ / 2019

Cie10 L02.1 Fecha de carga ____ / ____ / 2019

Area Internacion Fecha provisión ____ / ____ / 2019

Fecha provisión Anterior ____ / ____ / 2019 F5 primario

Detalle de prácticas

No cambiar	Nomenclador	Práctica	Cantidad	% aut.	Importe	% cob.	Estado
-	Unico OSDOP	430101 - UNA CAMA EN HABITACIÓN DE DOS CON BAÑO PRIVADO.	1	100	0	100	Autorizado

Total a cargo de la obra social 0

SUJETO A AUDITORIA POSTERIOR

() Fecha de Entrega -

Presupuestos

Efector Prestador asignado Monto presupuestado No Cotiza

Observaciones para el efector

LA OBRA SOCIAL podrá modificar parcial o totalmente estos formularios según su criterio y necesidad. **LA OBRA SOCIAL** se compromete a comunicar a **LA PRESTADORA** la novedad con treinta (30) días anteriores a su implementación. -----