

PRINCIPIO ACTIVO**PRESENTACIÓN****DOSIS DIARIA****DOSIS MENSUAL****DECLARACIÓN JURADA**

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de la salud actual de mi paciente. La documentación de respaldo obra en mi poder y será expuesta ante el requerimiento de auditoría de la O.S.E.P.

Firma y aclaración del paciente
(excluyente)

Firma y Sello del Médico Tratante
(Matrícula de especialista en caso de corresponder)

ADJUNTAR AL FORMULARIO: ÚLTIMOS 3 TICKETS DE COMPRA DE LA MEDICACIÓN (CONSECUTIVOS) FOTOCOPIA DE CARNET FOTOCOPIA DE INFORME DE ESTUDIOS QUE DEMUESTREN LA PATOLOGÍA QUE PADECE EL/ LA AFILIADO/A.
LOS DATOS SON OBLIGATORIOS Y SU AUSENCIA IMPIDE EL TRÁMITE DE EMPADRONAMIENTO

ESTA SOLICITUD DE COBERTURA SERA PROCESADA SIN EXCEPCIÓN, CUANDO SE CUMPLIMENTEN TODOS LOS REQUISITOS MÉDICOS Y AFILIATORIOS SOLICITADOS.

Las coberturas se realizarán de acuerdo a las especialidades medicinales incluídas en el vademécum de la Obra Social sin excepción.



osep.planificacion@gmail.com