



OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES

BQ MARTIN 1738 (C1271ABB) CABA

RNOS 12110-1

4301-4175

EMPADRONAMIENTO ANTICONCEPTIVOS

DATOS DEL AFILIADO				HOJA 1/1
NOMBRE Y APELLIDO:			DNI:	
NUMERO DE BENEFICIARIO:	EDAD:	Nº HC:		
DOMICILIO:	TELÉFONO:			
LOCALIDAD:	PROVINCIA:			
eMail:	SEXO	M	F	

MEDICAMENTO PRESCRIPTO

DROGA (NOMBRE GENERICO)
MARCAS SUGERIDAS
DIAGNOSTICO

MEDICO TRATANTE:

APELLIDO Y NOMBRE:	
TELÉFONO:	INSTITUCION:

Cobertura 100% con esta planilla por 6 meses.

Cobertura de ACO exclusiva con empadronamiento

Sin cobertura si la afiliada no es empadronada.

Confeccionar 1 (uno) recetario para dispensa inicial, el mismo tiene validez de 15 días de corrido.

Luego se debe presentar esta planilla en la seccional que le corresponda para que se habilite la dispensa en las farmacias adheridas.

_____	_____
FIRMA Y SELLO MÉDICO PRESCRIPTOR	FECHA