



Corte Suprema de Justicia de la Nación

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

PLANILLA PARA PLANES ESPECIALES
FARMACIA DE LA OBRA SOCIAL DEL PODER JUDICIAL DE LA NACIÓN

FECHA:/...../.....

NOMBRE/S y APELLIDO:

DOMICILIO:

AFILIADO N°: / TELÉFONO: MAIL:

INSTITUCIÓN DONDE ASISTE: TELÉFONO:

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PLAN DE TRATAMIENTO (indicando nombre de la droga o denominación común internacional):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Indicar cantidad necesaria (o bolsas de ostomía)

N° de Prestador: Firma y Sello del Profesional:

Autorizado por:

Firma y Sello Médico/a Auditor/a