

Membrete del establecimiento y que sea prestador de OSEIV



SECCIONAL OSEIV

0800-333-3008/ 0810-999-0816
Whatsapp de autorizaciones 11-3849-1704
www.oseiv.com.ar

Apellido y Nombre.....

Obra Social..... N° beneficiario.....

Rp./

Datos del afiliado

Práctica solicitada o nombre genérico del medicamento con letra legible

Diagnóstico (debe coincidir con la práctica y ser lo mas específico posible).

Diagnóstico.....

Lugar.....

Firma y sello del profesional que requiere la práctica

Fecha y lugar

Fecha.....

Profesional.....