



Obra Social del Personal de la
Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco

PLAN E.P.O.C COBERTURA 70 % *
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Asma, bronquitis obstructiva crónica, enfisema)

(Datos del Beneficiario)

APELLIDO Y NOMBRE:.....

NUMERO AFILIADO:..... EDAD:.....

(A completar por el Profesional)

DIAGNÓSTICO/S:.....

Monodrogas	Dosis en mg/día	Aut. Auditoría **	Sugerencia Comercial

Período por el cual puede recibir los medicamentos sin nuevo control:..... meses. (Máx. 6 Meses)

.....

Lugar y Fecha

.....

Firma y sello del médico tratante

(Reservado Auditoría Médica DASU)

Se autoriza el ingreso al Plan Cardiovascular de acuerdo a lo indicado arriba.

.....

Lugar y Fecha

.....

Firma y sello del Auditor Autorizante

El presente formulario deberá ser confeccionado nuevamente en caso de haber modificaciones en el tratamiento, tanto en la dosis como en las drogas.

* 70% del precio de referencia.

** Para ser completado por Auditoría Médica DASU