



Obra Social del Personal de Seguridad Comercial  
Industrial e Investigaciones Privadas  
Rnos 1-1970-8

**SOLICITUD MEDICAMENTOS ESPECIALES**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO:

N° DE BENEFICIARIO:

DOCUMENTO IDENTIDAD, TIPO Y N°

FECHA DE NACIMIENTO:

Edad:

SEXO: F / M

MAIL:

Diagnóstico: .....

**Resumen de Historia Clínica (Detallar tratamientos previos instituidos)**

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

1) Medicamento 1

Genérico	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento	

2) Medicamento 2

Genérico	
Dosis:	
Tiempo estimado de tratamiento	

.....  
Firma, sello y Matrícula Médico tratante

.....  
Firma y sello Auditor Médico

Por la presente asumo el compromiso de entregar a la Obra Social del Personal de Seguridad Comercial, Industrial e Investigaciones Privadas la documentación requerida, según lo establecido con las Resoluciones vigentes del Ministerio de salud, tomando conocimiento y notificándome de sus contenidos. Asimismo, asumo el compromiso de completar todos los trámites posteriores necesarios que la Obra Social me solicite para cumplir con los requerimientos del Sistema Único de Reintegros de la Superintendencia de Servicios de Salud. La entrega de la documentación requerida es condición esencial para que se brinde la cobertura, de modo que, de no cumplir con ello, asumo los riesgos correspondientes deslindando de toda responsabilidad a la Obra Social OSPPIP.