



**OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES**

Secretaría de Acción Social
Medicación

2024



MEDICACIÓN

Fecha _____ / _____ / _____

Datos del afiliado

Nombre y apellido: _____

Afiliado N° _____ DNI N° _____

Teléfono _____ E-mail _____

Patología (según Certificado Único de Discapacidad)

Diagnóstico

Junto con esta planilla debe entregar **copia legible del certificado único de discapacidad**.
Recuerde que estas autorizaciones tienen una validez de 6 (seis) meses y que el porcentaje de cobertura será puesto por el auditor de la Obra Social.

Droga	Dosis diaria	100%	50%

Lugar de atención: _____

Firma y sello Médico de Cabecera

Observaciones del auditor _____

Firma y sello Médico Auditor