

 <p>OSDOP OBRA SOCIAL DE DOCENTES PARTICULARES CÓDIGO DE ENTIDAD: 450</p>	<h2>Importante: Número de bono obligatorio</h2>
---	---

Informamos que a partir de la fecha el **NÚMERO DE BONO** es **OBLIGATORIO**. Al respecto, OSDOP informó que **su ausencia o ilegibilidad es motivo de débito**.

Campo donde debe figurar la numeración

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Obra Social Docentes Particulares</td> <td colspan="2">ORDEN DE RECETARIO DE MEDICAMENTOS</td> <td>Orden N°</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Identificación del Grupo Familiar</td> <td>DNI:</td> <td colspan="2">IMPORTE FACTURADO</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Tel:</td> <td colspan="2">Total RECETA PVP</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Domicilio:</td> <td colspan="2">Total RECETA a cargo de OSDOP</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td colspan="2">Total RECETA a cargo del Afiliado</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PRESCRIPCIÓN</td> <td>Firma Afiliado o Responsable</td> <td colspan="2">DISPENSA</td> </tr> <tr> <td>Diagnóstico / Problema de Salud 1</td> <td>Código</td> <td>Cantidad Dispensada</td> <td>Total Precio Público</td> <td>Total a cargo de OSDOP</td> </tr> <tr> <td>Medicamento (Nombre Genérico)</td> <td>Forma Farmacéutica</td> <td>Dosis/Unidad</td> <td>Dosis diaria</td> <td>Duración Trat. en Días</td> </tr> <tr> <td>Diagnóstico / Problema de Salud 2</td> <td>Código</td> <td>Cantidad Dispensada</td> <td>Total Precio Público</td> <td>Total a cargo de OSDOP</td> </tr> <tr> <td>Medicamento (Nombre Genérico)</td> <td>Forma Farmacéutica</td> <td>Dosis/Unidad</td> <td>Dosis diaria</td> <td>Duración Trat. en Días</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Datos del Prescriptor</td> <td colspan="3">Datos del Farmacéutico/Farmacia</td> </tr> <tr> <td>Matrícula</td> <td>Diferida</td> <td>Fecha</td> <td colspan="2">Adjuntar Troqueles</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Firma y Sello</td> <td colspan="3">Firma y Sello</td> </tr> </table>	Obra Social Docentes Particulares		ORDEN DE RECETARIO DE MEDICAMENTOS		Orden N°	Identificación del Grupo Familiar		DNI:	IMPORTE FACTURADO				Tel:	Total RECETA PVP				Domicilio:	Total RECETA a cargo de OSDOP					Total RECETA a cargo del Afiliado		PRESCRIPCIÓN		Firma Afiliado o Responsable	DISPENSA		Diagnóstico / Problema de Salud 1	Código	Cantidad Dispensada	Total Precio Público	Total a cargo de OSDOP	Medicamento (Nombre Genérico)	Forma Farmacéutica	Dosis/Unidad	Dosis diaria	Duración Trat. en Días	Diagnóstico / Problema de Salud 2	Código	Cantidad Dispensada	Total Precio Público	Total a cargo de OSDOP	Medicamento (Nombre Genérico)	Forma Farmacéutica	Dosis/Unidad	Dosis diaria	Duración Trat. en Días	Datos del Prescriptor		Datos del Farmacéutico/Farmacia			Matrícula	Diferida	Fecha	Adjuntar Troqueles		Firma y Sello		Firma y Sello			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">OSDOP</td> <td colspan="2">ORDEN DE RECETARIO DE MEDICAMENTOS</td> <td>Orden N° 24506713</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Identificación del Grupo Familiar</td> <td>DNI:</td> <td colspan="2">IMPORTE FACTURADO</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">BONO EJEMPLO</td> <td>Tel:</td> <td colspan="2">Total RECETA PVP</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Domicilio:</td> <td colspan="2">Total a cargo OSDOP</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td colspan="2">Total RECETA a cargo del Afiliado</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PRESCRIPCIÓN</td> <td>Firma Afiliado o Responsable</td> <td colspan="2">DISPENSA</td> </tr> <tr> <td>Diagnóstico / Problema de Salud 1</td> <td>Código</td> <td>Cantidad Dispensada</td> <td>Total Precio Público</td> <td>Total a cargo de OSDOP</td> </tr> <tr> <td>Medicamento (nombre genérico)</td> <td>Forma Farmacéutica</td> <td>Dosis/Unidad</td> <td>Dosis diaria</td> <td>Duración Trat. en Días</td> </tr> <tr> <td>Diagnóstico / Problema de Salud 2</td> <td>Código</td> <td>Cantidad Dispensada</td> <td>Total Precio Público</td> <td>Total a cargo de OSDOP</td> </tr> <tr> <td>Medicamento (nombre genérico)</td> <td>Forma Farmacéutica</td> <td>Dosis/Unidad</td> <td>Dosis diaria</td> <td>Duración Trat. en Días</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Datos del Prescriptor</td> <td colspan="3">Datos del Farmacéutico / Farmacia</td> </tr> <tr> <td>Matrícula</td> <td>Diferida</td> <td>Fecha</td> <td colspan="2">Adjuntar Troqueles</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Firma y Sello</td> <td colspan="3">Firma y Sello</td> </tr> </table>	OSDOP		ORDEN DE RECETARIO DE MEDICAMENTOS		Orden N° 24506713	Identificación del Grupo Familiar		DNI:	IMPORTE FACTURADO		BONO EJEMPLO		Tel:	Total RECETA PVP				Domicilio:	Total a cargo OSDOP					Total RECETA a cargo del Afiliado		PRESCRIPCIÓN		Firma Afiliado o Responsable	DISPENSA		Diagnóstico / Problema de Salud 1	Código	Cantidad Dispensada	Total Precio Público	Total a cargo de OSDOP	Medicamento (nombre genérico)	Forma Farmacéutica	Dosis/Unidad	Dosis diaria	Duración Trat. en Días	Diagnóstico / Problema de Salud 2	Código	Cantidad Dispensada	Total Precio Público	Total a cargo de OSDOP	Medicamento (nombre genérico)	Forma Farmacéutica	Dosis/Unidad	Dosis diaria	Duración Trat. en Días	Datos del Prescriptor		Datos del Farmacéutico / Farmacia			Matrícula	Diferida	Fecha	Adjuntar Troqueles		Firma y Sello		Firma y Sello		
Obra Social Docentes Particulares		ORDEN DE RECETARIO DE MEDICAMENTOS		Orden N°																																																																																																																															
Identificación del Grupo Familiar		DNI:	IMPORTE FACTURADO																																																																																																																																
		Tel:	Total RECETA PVP																																																																																																																																
		Domicilio:	Total RECETA a cargo de OSDOP																																																																																																																																
			Total RECETA a cargo del Afiliado																																																																																																																																
PRESCRIPCIÓN		Firma Afiliado o Responsable	DISPENSA																																																																																																																																
Diagnóstico / Problema de Salud 1	Código	Cantidad Dispensada	Total Precio Público	Total a cargo de OSDOP																																																																																																																															
Medicamento (Nombre Genérico)	Forma Farmacéutica	Dosis/Unidad	Dosis diaria	Duración Trat. en Días																																																																																																																															
Diagnóstico / Problema de Salud 2	Código	Cantidad Dispensada	Total Precio Público	Total a cargo de OSDOP																																																																																																																															
Medicamento (Nombre Genérico)	Forma Farmacéutica	Dosis/Unidad	Dosis diaria	Duración Trat. en Días																																																																																																																															
Datos del Prescriptor		Datos del Farmacéutico/Farmacia																																																																																																																																	
Matrícula	Diferida	Fecha	Adjuntar Troqueles																																																																																																																																
Firma y Sello		Firma y Sello																																																																																																																																	
OSDOP		ORDEN DE RECETARIO DE MEDICAMENTOS		Orden N° 24506713																																																																																																																															
Identificación del Grupo Familiar		DNI:	IMPORTE FACTURADO																																																																																																																																
BONO EJEMPLO		Tel:	Total RECETA PVP																																																																																																																																
		Domicilio:	Total a cargo OSDOP																																																																																																																																
			Total RECETA a cargo del Afiliado																																																																																																																																
PRESCRIPCIÓN		Firma Afiliado o Responsable	DISPENSA																																																																																																																																
Diagnóstico / Problema de Salud 1	Código	Cantidad Dispensada	Total Precio Público	Total a cargo de OSDOP																																																																																																																															
Medicamento (nombre genérico)	Forma Farmacéutica	Dosis/Unidad	Dosis diaria	Duración Trat. en Días																																																																																																																															
Diagnóstico / Problema de Salud 2	Código	Cantidad Dispensada	Total Precio Público	Total a cargo de OSDOP																																																																																																																															
Medicamento (nombre genérico)	Forma Farmacéutica	Dosis/Unidad	Dosis diaria	Duración Trat. en Días																																																																																																																															
Datos del Prescriptor		Datos del Farmacéutico / Farmacia																																																																																																																																	
Matrícula	Diferida	Fecha	Adjuntar Troqueles																																																																																																																																
Firma y Sello		Firma y Sello																																																																																																																																	

Solicitamos prestar especial atención a este requisito a fin de evitar inconvenientes en su próxima liquidación.

Sin otro particular, los saludamos atentamente.