

# FORMULARIO DISPOSICIÓN 059/GM - 2016

## Solicitud de cobertura por razón social superior a 4 medicamentos

Apellido y Nombre:

---

Nº Afiliado:

---

### MEDICAMENTOS SUBSIDIADOS POR RAZONES SOCIALES

CANT. DE ENVASES / MES	DROGA	PRESENTACIÓN
1		
2		
3		
4		

Tratamientos no farmacológicos:  SI  NO | Detallar:

---

### SOLICITUD DE AGREGADO DE MEDICAMENTOS

DROGA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CANTIDAD DE ENVASES / MES	DURACIÓN ESTIMADA DEL TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO
5					
6					
7					
8					
9					
10					

### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Estudios complementarios realizados: (detallar y adjuntar fotocopia de los informes)

-
-
-
-

Tel:
Fax:
Mail:

---

Lugar y Fecha

---

Firma y sello del médico

**NOTA:** Los datos deben estar completos y con letra clara legible.