

ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO TRATANTE.
TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS Y ES INDISPENSABLE ADJUNTAR ESTUDIOS
COMPLEMENTARIOS QUE AVALEN LA SOLICITUD.

N° de afiliado *

Datos de la Persona Afiliada

COMPLETAR CON LOS DATOS PERSONALES DEL AFILIADO TAL COMO FIGURAN EN EL DNI.

Apellido *

Nombre *

Medicamentos Subsidiados por Razones Sociales

	Droga	Presentación	Dosis diaria	Cantidad de envases por mes	Duración estimada del tratamiento	Diagnóstico
1						
2						
3						
4						

Tratamientos no farmacológicos: ☐ SÍ ☐ NO

Detallar:

Solicitud de Agregado de Medicamentos

	Droga	Presentación	Dosis diaria	Cantidad de envases por mes	Duración estimada del tratamiento	Diagnóstico
5						
6						
7						

continúa al dorso

NOTA: * Campos obligatorios

	Droga	Presentación	Dosis diaria	Cantidad de envases por mes	Duración estimada del tratamiento	Diagnóstico
8						
9						
10						

Resumen de historia clínica

INCLUIR UN RESUMEN CLARO Y ACTUALIZADO DEL CUADRO CLÍNICO, EVOLUCIÓN, ANTECEDENTES RELEVANTES Y MOTIVO POR EL CUAL SE REQUIERE UNA COBERTURA SUPERIOR A 4 MEDICAMENTOS.

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

1) INDICAR FECHA, TIPO DE ESTUDIO Y RESULTADOS RELEVANTES. 2) ADJUNTAR OBLIGATORIAMENTE FOTOCOPIA O DIGITALIZACIÓN DE LOS INFORMES (LABORATORIO, IMÁGENES, INTERCONSULTAS, ETC.).

SIN ESTOS ESTUDIOS, LA SOLICITUD NO PODRÁ SER EVALUADA.

Lugar y Fecha

Firma y sello del médico

Teléfono / Celular

e-mail