

SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS

RESOLUCIÓN 310/04 - Superintendencia de Servicios de Salud

OOSS de origen:

Datos Personales del paciente

Apellido y Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: F o M

Nro de Afiliado: _____

DNI: _____

Mail: _____

Celular: _____

Diagnóstico (según CIE10)

PRINCIPIO ACTIVO	MARCA COMERCIAL	DOSIS DIARIA (MG/UI)	COMPRIMIDOS/DIA

Datos del médico tratante

Apellido y Nombre _____

Matricula tipo (P o N) _____

Matricula nro _____

Firma y sello del profesional _____

Firma y aclaración del paciente _____

Fecha _____