

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.