

# 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 \_\_\_\_\_