

**SOLICITUD DE COBERTURA EN MEDICAMENTOS DE USO CRÓNICO**

**AL JEFE DE LA DIVISIÓN MEDICAMENTOS ESPECIALES**

1. Elevo el presente al Señor Jefe solicitando se me otorgue cobertura en medicamentos de uso crónico según prescripción médica.

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Aclaración

Domicilio:..... Localidad:.....

Provincia: ..... Tel: ..... Mail:.....

**La siguiente información deberá ser consignada por el profesional médico**

Apellido y Nombre/s: \_\_\_\_\_

DIBPFA N°: \_\_\_\_\_

Resumen de Historia Clínica:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fármacos	Nombre Comercial	Concentración	Dosis (Diaría Semanal o Mensual)

**Datos del Profesional:**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma y Sello: \_\_\_\_\_