## SOLICITUD DE COBERTURAS DE MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS

Resolución 310 / 04



Fecha de Nacimiento:		Sexo: F: M: Nro. de Afiliado: Mail:	
U ( D 68	nedades Inf. Epilepsia a Intestinal ( K ( G 40 )	Artritis Reumatoidea ( M 05 - 06 )  EPOC ( J 40 - 44 )	Dislipemia (E78) Glaucoma (H40)
Gota ( M 10 ) Hiperto	ensión Insuficiencia Cardíaca (I 50)	1 1	Insuficiencia Renal Crónica ( N 18 )
Patología Tiroidea (E 00 - 07)  Redicación	' 9	/, Código:	
Droga	Presentación	Dosis/día	Cantidad de envases/ mes
4 . Datos del médico			
Matrícula N°:	MN: MP:		
Lugar y fecha:			
Firma y sello del pro	ofesional	Firma c	del paciente