

Nº de trámite

SOLICITUD DE TRATAMIENTO ANTI-HEMOFÍLICO

COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA MAYUSCULA Y CLARA

Datos personales del afiliado:

Nombre y Apellido:

Nº de Afiliado: 405 - Edad:

D.N.I.:

Domicilio:

Localidad: C.P.:

Teléfono:

Documentación que debe estar en el trámite

- **Resumen de Historia Clínica** que justifique lo solicitado
- **Requiere** transcripción de **FUM**
- **Copia de informes** de estudios complementarios que avalen la patología a tratar (en caso de corresponder)
- **Copia del Certificado único de discapacidad** (en caso de corresponder)
- Orden de **prescripción médica** (genérico, dosis diaria y forma farmacéutica)
- **Troqueles** de provisión recibida con anterioridad
- **Certificación** afiliatoria
- Fotocopia de **DNI**
- Ultimo **recibo de haber previsional**

SOLICITUD AUTORIZACIÓN EN CENTRAL

.....
.....
.....
.....