

Nº de trámite

## **SOLICITUD DE MEDICACION POR ALTO CONSUMO**

(Medicación que **SI** se encuentran dentro del vademécum de INCLUIR SALUD)

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)
- **Certificación** afiliatoria
- Fotocopia de **DNI**
- Ultimo **recibo de haber previsional**

## **SOLICITUD AUTORIZACION EN CENTRAL**

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