

Nº de trámite



SOLICITUD DE MEDICACIÓN PACBI

(SEGÚN NORMATIVA PRESENTE EN REGLAMENTO OPERATIVO INCLUIR SALUD)

COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA Y CLARA

Datos personales del beneficiario:

Nombre y Apellido:
Nº de Beneficiario: 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.
- Orden de **prescripción médica** (genérico, dosis diaria y forma farmacéutica).
- **Copia de informes** de estudios complementarios que avalen la patología a tratar.
- **REQUISITOS ESPECÍFICOS PARA LA PATOLOGÍA** presentes en el Reglamento Operativo.
- **Requiere** transcripción de **FUM**.
- **Certificación** afiliatoria.
- Fotocopia de **DNI**.
- Ultimo **recibo de cobro**.
- **Certificado único de discapacidad** (en caso de corresponder).

SOLICITUD AUTORIZACION EN CENTRAL

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