MF.01 - FORMULARIO DE MEDICACIÓN DESTINADA A ENFERMEDADES CRÓNICAS

Válido por el término de un año, según fecha de prescripción. De modificarse algún fármaco deberá enviar nuevo formulario
DECLARACION JURADA – COMPLETAR CON LETRAS DE IMPRENTA - CLARA.

¿El AFILIADO presenta enfermedad DISCAPACITANTE p/ alguna de las enfermedades de la Res 331/04?

¿Cuál? _____

¿TIENE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD OFICIAL? SI ☐ NO ☐

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS DENUNCIADAS		
MEDICACION PARA ENF. **CRONICAS**		
Nombre genérico	Nombre comercial - sugerido-	Forma farmacéutica , Dosis y frecuencia
MEDICACIÓN PARA **DIABETES**		
Nombre genérico	Nombre comercial - sugerido-	Forma farmacéutica , Dosis y frecuencia
MEDICACIÓN PARA **DISCAPACIDAD**		
Nombre genérico	Nombre comercial - sugerido-	Forma farmacéutica , Dosis y frecuencia
DISCAPACIDAD: Los medicamentos con cobertura al 100% son los relacionados con la enfermedad o patología de base que la origina y las consecuencias o secuelas de la misma		

En caso de ser insuficiente el espacio, por favor, complete dos formularios indicando que es continuación del otro.

_____ Firma y Sello Médico Tratante

_____/_____/_____ Fecha

D