



Este documento debe estar completo en su totalidad para obtener el beneficio (excluyente)

FORMULARIO DE INGRESO DAPAGLIFLOZINA EN AFECCIONES CARDIACAS/RENALES

DATOS DEL BENEFICIARIO

APELLIDO Y NOMBRES:

SEXO:

FECHA NAC:

EDAD:

DOMICILIO:

TEL:

N° DE AFILIADO:

DNI:

E-MAIL:

PROFESIONAL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

APELLIDO Y NOMBRE:

DIRECCIÓN:

TELÉFONO:

INSTITUCIÓN:

ESPECIALIDAD:

MP:

ME:

E-MAIL:

Datos Complementarios

Peso:

Talla:

IMC:

Sup. Corporal:

Diagnóstico

Estadio

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (TRATAMIENTOS PREVIOS Y DOSIS DE LOS MISMOS). RECURRENCIA DE INTERNACIÓN

LABORATORIOS Y EXAMENES COMPLEMENTARIOS (ADJUNTAR)

1-	Ecocardiograma	c/informe	

Tratamiento (Dapagliflozina)		
PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	DOSIS MENSUAL

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de la salud actual de mi paciente. La documentación de respaldo obra en mi poder y será expuesta ante el requerimiento de auditoria de la O.S.E.P.

Firma y Aclaración del Paciente
(Excluyente)

Firma y Sello del Médico tratante
(Matrícula de especialista en caso de corresponder)

ADJUNTAR AL FORMULARIO:
DNI DEL AFILIADO/A
ESTUDIOS QUE AVALEN LA PATOLOGÍA
LOS DATOS SON OBLIGATORIOS Y SU AUSENCIA IMPIDE EL TRÁMITE DE EMPADRONAMIENTO

ESTA SOLICITUD DE COBERTURA SERÁ PROCESADA SIN EXCEPCIÓN, CUANDO SE CUMPLIMENTEN TODOS LOS REQUISITOS MÉDICOS Y AFILIATORIOS SOLICITADOS.

Las coberturas se realizarán de acuerdo a las especialidades medicinales incluidas en el vademécum de la Obra Social sin excepción