

Información del beneficiario

Afiliado N°:
 Apellido y Nombre: Sexo: F M
 Número de documento: Fecha de Nac.:/...../.....
 Dirección:..... Provincia:..... Localidad:.....
 CP: Teléfono: Email:

Profesional responsable del tratamiento

Apellido y nombre:
 Dirección:
 Teléfono: Institución: Localidad:
 Especialidad: M.P:..... M.E:.....
 Email:

Empadronamiento

Inicio Cambio

TIPO DE EMPADRONAMIENTO (Seleccione lo que corresponda)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiovasculares - HTA | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística |
| <input type="checkbox"/> Terapia del Dolor | <input type="checkbox"/> Trasplantados |
| <input type="checkbox"/> Endocrinológicas-Hormona de Crecimiento | <input type="checkbox"/> Trastornos Inmunológicos |
| <input type="checkbox"/> Neurológicas Crónicas | <input type="checkbox"/> Oncología-Hematología |
| <input type="checkbox"/> Transtornos Psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Pulmonares Crónicas |

Otras (especificar):

Datos complementarios

Peso: Talla:
 BMI: Sup. Corporal:
 Status Performance:

Diagnóstico

..... Estadio:
 Anatomía Patológica
 Inmunohistoquímica
 Breve Resumen de Historia Clínica.

Tratamiento indicado y plan terapéutico

Principio Activo	PRESENTACIÓN	DOSIS M ² (oncología)	DOSIS DÍA (crónicos)	DÍAS DE TRATAMIENTO	NÚMERO DE CICLOS (oncología)

.....
Firma y Aclaración del Paciente

.....
Firma y sello del Médico prestador de la Apross
(Incluir matrícula de especialista en caso de corresponder)

ADJUNTAR AL FORMULARIO:
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETO
FOTOCOPIA DE LA CREDENCIAL
FOTOCOPIA DE ESTUDIOS QUE DEMUESTREN LA
PATOLOGÍA QUE PADECE EL/LA AFILIADO/A
LOS DATOS SON OBLIGATORIOS Y SU AUSENCIA IMPIDE EL TRÁMITE DE ESTE EMPADRONAMIENTO

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

* Debe actualizar el empadronamiento de manera anual, cada vez que cambie el medicamento o su dosis
* El formulario deberá estar completo, firmado y sellado por un médico prestador de AproSS