

## PLANILLA DE DISCAPACIDAD

100% COBERTURA - DISCAPACIDAD CON RELACIONADOS MEDICAMENTOS PARA SOLO VÁLIDO

Obra social: N° S.S.S:

### DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre: N° afiliado:

Sexo: Fecha nac: / /

Estado civil: Tipo y Nro de documento:

Domicilio: Nro: Piso/Dto:

Nacionalidad: Cod postal: Localidad:

Provincia: Teléfono:

Mail:

### MÉDICO TRATANTE (COMPLETADO POR EL MISMO)

Apellido y Nombre:

MN°: Especialidad:

Domicilio: Localidad: Provincia:

Mail: Teléfono:

#### TIPO DE ENFERMEDAD CAUSAL

CONGÉNITA  DEGENERATIVA MUSCULAR

ADQUIRIDA  REUMATOLÓGICA

NEUROLÓGICA  PSIQUIATRICA

TRAUMATOLÓGICA  OTRA

#### SÍNTOMAS DOMINANTES

CONVULSIONES  DEFORMIDAD

RETRASO MOTRIZ  DOLOR ARTICULAR

RETRASO MENTAL  PSIQUIATRICOS

ESPASTICIDAD

### DIAGNÓSTICO PRINCIPAL/ACLARACIONES:

MONODROGA	POTENCIA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA

ES REQUISITO INDISPENSABLE ADJUNTAR COPIA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD A LOS FINES DE UNA CORRECTA AUDITORIA.  
 NOTA. PRESCRIPCIÓN: "TODA RECETA O PRESCRIPCIÓN MÉDICA DEBERÁ EFECTUARSE EN FORMA OBLIGATORIA EXPRESANDO EL NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO O DENOMINACIÓN COMUN INTERNACIONAL QUE SE INDIQUE, SEGUIDA DE FORMA FARMACEÚTICA Y DOSIS/UNIDAD, CON DETALLE DEL GRADO DE CONCENTRACIÓN". (LEY 25649,ART.SEGUNDO)

Fecha: Firma y sello del Médico: