

**SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES**

Conforme a Resolución M.S. 939/00 Programa Médico Obligatorio

Fecha...../...../.....

**DATOS DEL AFILIADO**

Apellido y Nombre: .....  
Afiliado U.P.Nº: ..... Plan: ..... Edad:..... Sexo:.....  
Tipo y Nº Documento:..... Dirección: .....  
Te.: ..... Localidad: ..... Pcia.: .....  
Mail:.....

**DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO**

Medico solicitante: ..... MN: .....  
Institución: .....  
Diagnóstico: .....  
Genérico:..... Presentación:.....  
Dosis diaria: ..... Dosis semanal:..... Dosis mensual: ..... Peso:..... Altura:.....  
Tiempo estimado de tratamiento: .....

\_\_\_\_\_  
Firma y sello  
Medico solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma y sello  
Institución

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Apellido y Nombre: .....  
D.N.I.: .....  
Domicilio en: .....  
Localidad: .....  
Parentesco: .....

Por la presente asumo el compromiso de entregar a Unión Personal la documentación requerida, según lo establecido en el punto 8.5 de la Resolución. 939/00 del Ministerio de salud, cuya copia recibo en este momento, tomando conocimiento y notificándome de su contenido. Asimismo asumo el compromiso de completar todos los trámites posteriores necesarios que Unión Personal me solicite para cumplir con los requerimientos de la Administración de Programas Especiales, actual Unidad Coordinadora de Gestión, de la Superintendencia de Servicios de Salud. La entrega de la documentación requerida es condición esencial para que se brinde la cobertura, de modo que, de no cumplir con ello, asumo los riesgos correspondientes deslindando de toda responsabilidad a la Obra Social Unión Personal.

**AUTORIZO EXPRESAMENTE, POR LA PRESENTE, EL TRATAMIENTO INDICADO**

FIRMA: ..... ACLARACION: .....