

## COBERTURA ADICIONAL PMI

Apellido y nombres: .....

Fecha de nacimiento: ...../...../..... Sexo Hombre Mujer N° de socio: .....

Teléfono particular: ..... Teléfono móvil: .....

Correo electrónico: .....

Número de CUIL/CUIT: .....

### DETALLE DEL TRATAMIENTO DEL PACIENTE

N°	Nombre de la droga - Denominación genérica	Nombre comercial	Diagnóstico que justifica la medicación solicitada
----	--	------------------	--

### RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

---



---



---



---



---

### DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido y nombres: .....

Matrícula: MN MP Número de matrícula: ..... Provincia: .....

Prestador de OSDE SÍ NO Número de prestador: .....

C.U.I.T.: ..... Teléfono de contacto: .....

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico tratante

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente