



# PROGRAMA DE SOLICITUD DE LECHEs.

## FORMULARIO PARA LA COBERTURA DE LECHEs.

**COMPLETAR TODOS LOS DATOS EN LETRA IMPRENTA Y LEGIBLE. EL MISMO DEBE ESTAR FIRMADO POR EL AFILIADO. LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN NO IMPLICA DICTAMEN POSTERIOR POSITIVO POR PARTE DE AUDITORÍA MÉDICA.**

**Fecha de prescripción: ...../...../..... Fecha de presentación en Integral: ...../...../.....**

### Datos del afiliado

Apellido y Nombre:.....

Afilado N°..... Plan:.....

Edad:.....

mail:.....

Tel. Particular: ..... Tel.(part-laboral):.....

### Tratamiento actual (completar todos los datos)

Droga (Genérico)	Marca Comercial	Tiempo de tratamiento	Dictamen Audit.

### Motivo de la prescripción ( resumen de historia clínica)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Datos del Médico tratante:.....

Apellido y Nombre:.....

Institución que lo emite:.....

Número de Matrícula .....

.....  
Firma y sello del médico

.....  
Firma del afiliado