



Universidad Nacional del Nordeste
Instituto de Servicios Sociales

PLAN TRATAMIENTO DE DIALISIS

Corrientes.....de.....de 20.....

Señora
Delegada Rectoral del ISSUNNE
Dra. María Mercedes González
S _____ / _____ D:

El /la que suscribe.....

Afiliado N°.....agente de la Facultad /Instituto.....Antigüedad:.....
se dirige a Ud. y por su digno intermedio ante quien corresponda con el objeto de solicitarle se incluya en
el **PLAN DE TRATAMIENTO DE DIALISIS** establecido por Disposición N° 759/12 que declaro conocer,
a:.....(afiliado titular/adherente) para lo cual acompaño:

a) Historia clínica donde se fundamenta la necesidad del tratamiento y plan terapéutico.

Declaro bajo juramento que el beneficiario del plan se encuentra
inscripto en el INCUCAI.

Sin otro particular saludo muy atte.-

Domicilio:.....

CUIL/CUIT N°.....Tel.....

Correo electrónico:.....

OBSERVACIONES:

Firma del Titular

Dirección de Servicios Sociales:

En la fecha se adjunta constancia de afiliación a fjs.....

Corrientes...../...../.....

Firma del Responsable

Asesoría Médica Informa.....de.....de.....
.....
.....
.....
.....

Asesor Médico

Secretaria de Prestaciones de Salud.....de.....de.....

Se autoriza la inclusión de.....en el plan de tratamiento de diálisis
conforme a lo establecido en la Disposición 759/12.

Secretaria de Prestaciones de Salud

Dpto. Registros y Afiliaciones.....de.....de.....

En la fecha se procede a dar el alta a.....DNI N°.....
en el padrón de tratamiento de diálisis.

Jefe Dpto. Registros y Afiliaciones

M.E.S.A.....de.....de.....

Se procede al archivo al archivo del presente expte.

M.E.S.A