

PLAN DE CELIAQUÍA

Corrientes/Resistencia.....de.....de.....

Dra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Méd. Rocío Paola Cardozo

S_____ / _____ D:

El que suscribe.....

DNI N°....., agente de la Facultad/Instituto

....., se dirige a Ud. y por su intermedio a quien corresponda, con el objeto de solicitar se lo incluya dentro del Plan de Cobertura asistencial para celíacos, establecido por

Disposición N° 1095/12, cuyos términos y alcance declaro conocer, a

.....(afiliado titular/adherente), para lo cual acompaño:

- a) Historia clínica donde se fundamente la necesidad del tratamiento para celíacos.**
- b) Fotocopia de los estudios de laboratorio de anticuerpos específicos en sangre.**
- c) Fotocopia de biopsia intestinal.**

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

DOMICILIO:.....

CUIT/CUIL N°.....

TELEFONO/CELULAR:.....

OBSERVACIONES:.....

Firma del afiliado titular

INFORME N°

Expte.N°

TITULAR:.....DNI N°.....
CARGO:.....DEDICACION:.....
VENCIMIENTO:.....INST/FAC.:.....
BENEFICIARIO:DNI N°.....

Dpto. de Registros y Afiliaciones:
Corrientes...../...../.....

Firma Responsable

Informe de Auditoría Médica.....de.....de.....

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

Asesor Médico

Delegada Rectoral: Se toma conocimiento y autoriza la inclusión de.....
en el Plan de Celiaquía dispuesto por Resol.1095/12.

Firma Delegada Rectoral

Despacho En la fecha se dicta Disposición N°.....y se incluye a.....
en el Plan de Celiaquía.

Fecha _____/_____/_____

Firma Responsable

Dpto. Registro y Afiliaciones En la fecha se carga en sistema el alta respectivo conforme a
Disposición N°.....siga a MESA para su archivo.

Fecha _____/_____/_____

Firma Responsable

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

Se procede al archivo al archivo del presente expte.

Firma Responsable