

PLAN TRATAMIENTO DE DIÁLISIS

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

Sra. Delegada Rectoral del ISSUNNE

Dra. Rocío Paola Cardozo

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 Afiliado Titular

Dirección de Servicios Sociales:

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

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

Firma Responsable

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

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

Asesor Médico

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

Se autoriza la inclusión de.....DNI N°..... 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