



SERVICIO DE SALUD SOLIDARIO

*Caja de Previsión y Seguridad Social
de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba*

SOLICITUD DE EXCEPCIÓN

Válido sólo presentando
receta del Servicio de Salud
Solicitado

FICHA N°: _____

FECHA DE PRESENTACION: ___/___/___

Nombre y apellido del afiliado titular: _____ N° afiliado titular: _____

Nombre y apellido del afiliado asistido: _____ N° afiliado asistido: _____

Parentesco: _____ Edad: _____ Años/meses/días Sexo: masculino femenino

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Médico tratante: _____ Mat. Profesional: _____

Especialista en: _____ Mat. Especialista: _____

Diagnóstico: _____

Antecedentes médicos que hagan al caso: _____

En caso de necesidad pueden contactar en el horario de _____ a _____ al T.E.: _____

Medicamentos prescritos, tiempo de tratamiento de : _____ días/sem./meses/años

Nombre genérico / comercial Dosis Acción terapéutica

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Justificación del uso en reemplazo de los equivalentes terapéuticos incluidos en el Programa de calidad de Medicamentos de la caja de Abogados. (Aportar bibliografía o referencias bibliográficas)

Firma y sello Profesional

Evaluación Comisión de Medicamentos: Corresponde:

- No hacer lugar a la solicitud
- Equiparar cobertura Programa de Calidad de Medicamentos (50%)

Firma y sello Auditoría

Medicamento	Dosis/día	Desde	Hasta	Firma auditoría