IOMA GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

(Para ser completada por el Auditor)

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN - PLAN MEPPES

TRAMITE Nº _____ AFILIADO Nº _____

Diagnóstico 1 / _____

Diagnóstico 2 / _____

Rp1:_____ N. Comercial (sugerido): _____ Dosis/Día: _____ Duración: _____

Rp2:_____ N. Comercial (sugerido): _____ Dosis/Día: _____ Duración: _____

Historia Clínica / _____

Datos Laboratorio / _____

Ficha Oncológica / _____

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS /

ECO: ☐ _____

TAC: ☐ _____

RMN: ☐ _____