

DOCUMENTACION SOLICITADA PARA LA COBERTURA DE PACIENTES ONCOLOGICOS

SR./SRA AFILIADO/A:

SE LE INFORMA A USTED QUE PARA ACCEDER AL BENEFICIO QUE SE OTORGA EN CASO TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS LOS REQUISITOS SON LOS SIGUIENTES:

- 1. FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL TITULAR Y EL BENEFICIARIO.**
- 2. FOTOCOPIA DEL ÚLTIMO RECIBO DE SUELDO. EN EL CASO DE SER MONOTRIBUTISTA LOS ULTIMOS 3 PAGOS**
- 3. FORMULARIO DE PACIENTES ONCOLOGICOS**
- 4. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA CADA 6 MESES FIRMADA POR MEDICO DE CABECERA O ESPECIALISTA DE ACUERDO A LA PATOLOGIA EN ORIGINAL**
- 5. RESULTADO DE ANATOMIA PATOLOGICA**
- 6. COPIA DE ESTUDIOS REALIZADOS**
- 7. PRESCRIPCIÓN MEDICA , DONDE EL PROFESIONAL INDIQUE EN FORMA CLARA LA PRESTACION SOLICITADA EN ORIGINAL:**
 - a) ESTUDIOS Y/O CIRUGIAS: INDICACIÓN CLARA DE DIAGNOSTICO Y JUSTIFICACION DE LOS MISMOS EN EL CASO QUE ESTEN FUERA DE PMO**
 - b) MEDICACION: INDICAR CON NOMBRE DE LA DROGA, MARCA SUGERIDAD, CANTIDAD, Y PRESENTACION DEL MISMO.**

NOTA: LA OBRA SOCIAL TIENE LA OBLIGACION DE DARLE EL SERVICIO, PARA ELLO USTED DEBE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS.