



Deleg. Concep. del Uruguay: Alberdi 831
 C.P. 3260 – Concep. Del Uruguay – Entre Rios
 Tel.: (03442) 427-686
Deleg. Gualeguaychú: Seguí 36
 C.P. 2820 – Gualeguaychú – Entre Rios

SEDE CENTRAL: Córdoba 67
 C.P. 3100 – Paraná – Entre Rios
 Tel / Fax (0343) 431-1110
 www.cajaprever.org.ar
 E-mail: contacto@cajaprever.org.ar

seguroasistencial@cajaprever.org.ar

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS DE USO PROLONGADO

_____ de _____ de 20__

Apellido y Nombre del Titular _____ Matrícula N° _____ / _____

Apellido y Nombre del solicitante _____

N° de Documento _____ Edad _____ Peso _____ N° Celular _____

Correo Electrónico _____

Datos del Médico

Apellido y Nombre _____

Matrícula N° _____ Especialidad _____

N° de Documento _____ CUIT/CUIL: _____

Domicilio y N° _____ Piso _____ Dpto. _____

Localidad _____ Provincia _____ CP. _____ N° Teléfono _____

Correo Electrónico _____

Historia Clínica: _____

Enumerar los medicamentos prescritos

Diagnóstico	N°	Monodroga	Nombre Comercial	Dosis diaria	Tratamiento (en mg) (total)

 Firma y Sello del Médico tratante

 Visado Médico Auditor Caja Prever

Sr. Profesional: Le recordamos que el presente formulario debe estar completo en todas sus partes, a fin de que el afiliado pueda acceder a la cobertura que otorga el Seguro Asistencial. La vigencia del mismo será por el total de los días solicitados para el tratamiento con un máximo de 180 días.