

UP 00613613005

DR. REINALDO M. C. CAMPESTRI
MEDICO HEMATOLOGO
M. N. 66352

Rp/ Jorgel, Juan M.

Comentarios por VIII
este prege doble
motivacion 1000 UI
(positiva)

OCTANA te 1000 UI

$\lambda = 24$ (Ventricular)

D: Humores A seip

DR. REINALDO M. C. CAMPESTRI
MEDICO HEMATOLOGO
M. N. 66.352

31/7/13



Nº 20950

FUNDACION DE LA HEMOFILIA

Instituto Asistencial

"Dr. Alfredo Pavlovsky"

Certifico que González José Manuel
es paciente de este instituto de diagnóstico de Hemofilia A Severe y registrado
bajo Historia Clínica Nº 767
Se indica la cantidad de Plasma humano (24) envases
de factor VIII por 1000 unidades.
Motivo del pedido Según detalle
adjunto

☒ Private

Buenos Aires, 18-6-13

Sebastián Baquero
M.N. 101611
GERENTE MEDICO
UNION PERSONAL

Dra. Valeria Topoliet
Medica Hematologa
M.N. 429018



FUNDACION DE LA HEMOFILIA

Instituto Asistencial
"Dr. Alfredo Pavlovsky"

Rp. José Ramón González

11-1-13	Plumantis rod. chusela	2000 FJ ¹⁴
12-1-13	Cant. lat. 2000 FJ ¹⁴	
22-1-13	Plumantis codo chuselo	2000 FJ ¹⁴
23-1-13	Cant. lat. 2000 FJ ¹⁴	
5-2-13	Plumantis codo chuselo	2000 FJ ¹⁴
6-2-13	Cant. lat. 2000 FJ ¹⁴	
7-3-13	Plumantis dorsal. 2000 FJ ¹⁴	
8-3-13	Cant. lat. 2000 FJ ¹⁴	
17-4-13	Plumantis rod. chusela	2000 FJ ¹⁴
18-4-13	Cant. lat. 2000 FJ ¹⁴	
26-4-13	Plumantis lat. 2000 FJ ¹⁴	
27-4-13	Cant. lat. 2000 FJ ¹⁴	

18-6-13

Dr. Valeria S. Touliet
Medica Hematologa
M.N. 29018

Soler 3485

C1425BWE Buenos Aires

Tel./Fax: 4963-1755

C. DEL URUGUAY, 22 de julio de 2013.
CU N°314/13.-

UNION PERSONAL

BANCO DE DROGAS


SRA. SABRINA VIVAS

S / D

**REF.:AF.:GONZALEZ,JOSE MANUEL
.N°613613/00-HEMOF.-RSO. AMP.**

Me dirijo a Ud., con el fin de remitirle, de Fundacion de la
Hemofilia, Receta N°20950, por Veinticuatro (24) Concentrados Factor VIII, Hoja de
Aplicación y Solicitud de Cobertura de Medicamentos Especiales.

Saludo a Usted, muy atentamente.


LUIS MARIA SOSA
DELEGADO U PERSONAL
2 DEL URUGUAY

Handwritten note: p. 314 a Key 2607

SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES

Conforme a Resolución M.S. 939/00 Programa Médico Obligatorio

Fecha...../...../.....

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre: GONZALEZ, JOH' Manuel
Afiliado U.P.Nº: 00613613 005 Plan: P.M.O.
Dirección: Bo. SAN MIGUEL CASA N°6 Te.: (03442) 15626794 =
Localidad: C. DEL URUGUAY Pcia.: 3442 626794 ENTRE RIOS

DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO

Medico solicitante: Toulier Valeria MN: 129018
Institución: FUNDACIÓN de la Hemofilia
Diagnóstico: Hemofilia A
Genérico: frill au h hemofilico humano
Presentación: 1000 vi fco. Amp
Dosis diaria: 2000 vi Dosis mensual: A demandando suplementos.
Tiempo estimado de tratamiento:

Dra. Valeria S. Toulier
Medica Hematologa
M.N. 129018

Firma y sello
Medico solicitante

Firma y sello
Institución

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombre: IDEM DATOS DEL AFILIADO
D.N.I.:
Domicilio en:
Localidad:
Parentesco:

Por la presente asumo el compromiso de entregar a Unión Personal la documentación requerida, según lo establecido en el punto 8.5 de la Resolución. 939/00 del Ministerio de salud, cuya copia recibo en este momento, tomando conocimiento y notificándome de su contenido. Asimismo asumo el compromiso de completar todos los trámites posteriores necesarios que Unión Personal me solicite para cumplir con los requerimientos de la Administración de Programas Especiales, actual Unidad Coordinadora de Gestión, de la Superintendencia de Servicios de Salud. La entrega de la documentación requerida es condición esencial para que se brinde la cobertura, de modo que, de no cumplir con ello, asumo los riesgos correspondientes deslindando de toda responsabilidad a la Obra Social Unión Personal.

AUTORIZO EXPRESAMENTE, POR LA PRESENTE, EL TRATAMIENTO INDICADO

FIRMA:

ACLARACION: