AMFFA
Cuidado y confianza en un solo lugar

Declaración Jurada de MEDICAMENTOS

Datos Filiatorios

Nombre y Apellido: ..... Nº de Socio: .....

Edad: ..... Sexo: F ♀ M ♂ DNI: .....

Domicilio: ..... Teléfonos: .....

Resumen de Historia Clínica

PARA CADA ENFERMEDAD DETALLAR TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y COMPLEJIDAD

Plan de Tratamiento

COMPLETAR EXCLUSIVAMENTE NOMBRE GENÉRICO CON LETRA IMPRENTA LEGIBLE

DROGA	PATOLOGÍA	MG/DÍA	COMP./DÍA	OBSERVACIONES

Médico Tratante

Domicilio Profesional: .....

Instituto y Servicios: .....

Teléfonos: ..... Horarios de contacto: .....

Firma y Sello del Médico Tratante	Firma y Aclaración del Paciente	..... /..... /..... Fecha

Completar todos los datos con letra imprenta y presentar en la mutual.

Para agilizar el trámite puede enviarlo con antelación por correo electrónico a **autorizaciones@amffamutual.com.ar**

Diagonal 75 entre 17 y 18 nº 350 - Código Postal: B1904DON / LA PLATA - BUENOS AIRES - ARGENTINA
AFILIACIONES: 0800-3337500 - **AMFFA CENTRAL:** (0221) 453-5126 (L.R.)
www.amffa.com.ar