

ANEXO I

SOLICITUD DE PRESTACIÓN FARMACEUTICA DE ESPECIALIDADES INCLUIDAS EN EL GRUPO TERAPÉUTICO C10AA INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA CON APORTACIÓN REDUCIDA PARA PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTICA

Registro de entrada
Código de identificación del paciente (CIP)
.....
DNI/NIF

DATOS DEL TITULAR

Apellidos.....Nombre.....
Calle, Plaza o Avenida.....nº.....
Escalera.....Piso.....Letra.....Localidad.....
Código Postal.....Provincia.....
Régimen de Seguridad Social.....

DOCUMENTOS QUE APORTA	
<input type="checkbox"/>Copia compulsada del DNI
<input type="checkbox"/>Copia compulsada de la Tarjeta Sanitaria
<input type="checkbox"/>Informe Médico sobre el diagnóstico
<input type="checkbox"/> Otros documentos (.....)

Señálese la casilla que corresponda, según sea primera solicitud o renovación de la tarjeta acreditativa:

<input type="checkbox"/>	1ª SOLICITUD
--------------------------	---------------------

<input type="checkbox"/>	RENOVACIÓN
--------------------------	-------------------

En.....a.....de.....de 200....
(Firma del Asegurado)

AL ILMO. SR. DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD