



ANEXO III

PRESUPUESTO DE GASTOS MEDICOS

El Dr./Dra. en Medicina, D/D^a _____,
titular de la C.I./DNI.Nº _____ CERTIFICA que D/D^a _____
_____, se encuentra bajo su tratamiento y tiene los
siguientes gastos médicos mensuales:

(1) CUOTA MUTUAL Y CONSULTAS MEDICAS

| CANTIDAD | CONCEPTO | IMPORTE | | |
|----------|----------------------------|---------|-------|---|
| | | Unidad | Total | Precio pagado por Ud. (si corresponde copago) |
| | Consultas médicas | | | |
| | Subtotal consultas médicas | | | |

(2) MEDICAMENTOS

| CANTIDAD | CONCEPTO | IMPORTE (A cubrir por la Institución o Farmacia según corresponda) | | |
|-------------------------------|----------|---|-------|-----------------------|
| | | Unidad | Total | Precio pagado por Ud. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Subtotal Medicamentos: | | | | |

(3) OTROS (especificar de que se trata: análisis, radiografías, practicantes, ambulancias, etc.)

| CANTIDAD | CONCEPTO | IMPORTE | | |
|-----------------------|----------|---------|-------|-----------------------|
| | | Unidad | Total | Precio pagado por Ud. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Subtotal Otros | | | | |

| | |
|---|--|
| SUBTOTAL ASISTENCIA SANITARIA (1) + (3): | |
| SUBTOTAL MEDICAMENTOS (2): | |
| TOTAL: | |

En _____, a _____ de _____ 20_____

Firma y sello del
Profesional

Firma y sello de la
Institución o Farmacia



NOTA: El médico completará la lista de medicamentos y tratamiento.
La Institución o Farmacia (según corresponda) completará las columnas con los importes.