



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.