



MODELO PARA FINANCIACIÓN CHAMPIX® (VARENICLINA) Y ZYNTABAC® (BUPROPION)

DATOS MUTUALISTA/BENEFICIARIO MUFACE:

Nombre.....Apellidos.....

Número de afiliación/DNI.....

Entidad de adscripción.....

DATOS MÉDICO PRESCRIPTOR

Nombre.....Apellidos.....

Especialidad.....

Nº Colegiado:.....

DATOS PRESCRIPCIÓN

Medicamento prescrito.....

Posología.....

Fecha de la prescripción:

El paciente cumple los requisitos para la financiación de los medicamentos estando a su vez incluido en un Programa antitabaco de MUFACE.

El paciente ha sido incluido en un Programa antitabaco propio del proveedor que es compatible con el Programa antitabaco de Muface.

Si es la segunda opción la elegida, nombrar el Programa en el que ha sido incluido:

.....
.....

Ena.....de de 20....

SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO PRESCRIPTOR