



INSTRUCTIVO PARA LA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Documentación a presentar:

- 1- Formulario de solicitud de medicamentos para pacientes crónicos con los datos completos.
- 2- Receta médica, que deberá contener datos del afiliado (nombre y apellido, N° de socio, edad), Diagnóstico, Obra Social, Nombre genérico del medicamento, potencia, forma de presentación, cantidad de envases, firma y sello del médico especialista tratante, fecha de prescripción.
- 3- **Resumen completo de Historia Clínica OBLIGATORIO realizado por el médico, justificando medicación y aclarando diagnóstico.**

Importante:

- ✓ **La documentación a presentar será evaluada por auditoría Médica, quien podrá solicitar ampliación de documentación en caso de considerarlo necesario.**
- ✓ La documentación **solo será recibida** en las oficinas de atención al socio, **en caso de estar completa (es IMPRESCINDIBLE que todos los campos estén completos).**
- ✓ Toda la documentación deberá estar **completa con letra clara, legible, imprenta, con la misma tinta, sin enmiendas ni corrector, firmadas, fechada y sellada por el médico especialista.**
- ✓ En caso de cambio de tratamiento deberá entregar nuevamente el formulario.
- ✓ La receta médica será recibida siempre que esté dentro de los 30 días de su emisión.
- ✓ **El empadronamiento tendrá una vigencia de un año.**

La información que se incluye en esta planilla será considerada confidencial por ASI y manejada bajo los principios de confidencialidad vigentes.

Una vez autorizada la planilla por Auditoría Médica recién podrá comprar con el descuento correspondiente.

Presentar la documentación 30 días antes para la evaluación de la continuación de su tratamiento.



Formulario de solicitud de medicamentos para pacientes crónicos

Fecha...../...../.....

Apellido y nombre del socio.....
 Plan.....N° de socio..... Edad (en años).....
 Domicilio..... Localidad.....
 Tel. particular..... Celular..... e-mail.....
 Apellido y nombre del profesional:.....MN.....MP.....

Enfermedades crónicas contempladas en la RES 310/04

a) Enfermedades cardiovasculares	b) Enfermedades respiratorias	c) Enfermedades neurológicas
<input type="radio"/> Hipertensión	<input type="radio"/> Asma bronquial	<input type="radio"/> Parkinson
<input type="radio"/> Insuficiencia cardiaca	<input type="radio"/> Fibrosis pulmonar	<input type="radio"/> Epilepsia
<input type="radio"/> Arritmias		
d) Enfermedades psiquiátricas	e) Enfermedades inflamatorias crónicas y enfermedades reumáticas	f) Enfermedades oftalmológicas
<input type="radio"/> Trastorno bipolar	<input type="radio"/> Gota crónica	<input type="radio"/> Glaucoma
<input type="radio"/> Esquizofrenia		
g) Enfermedades endocrinas		
<input type="radio"/> Hipertiroidismo		
<input type="radio"/> Hipotiroidismo		
<input type="radio"/> Dislipemias		

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA / JUSTIFICACION DEL CAMBIO DE MEDICACION

TRATAMIENTO

Principio Activo	Potencia	Forma Farmacéutica	Dosis Diaria	Cantidad de envases/mes	Diagnostico

.....
 Firma y sello profesional

.....
 Firma paciente/madre/padre/tutor