INSTRUCTIVO PARA LA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

Estimado afiliado:

Se informa a Ud. que con el fin de realizar la solicitud de medicamentos prescriptos para la condición/ patología diagnosticada, deberá presentar, en forma completa la documentación que se detalla a continuación, en las oficinas de atención al socio.

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, Nº de socio, edad), Diagnóstico, Obra Social, Nombre genérico del medicamento, potencia, forma de presentación, cantidad de envases en letra y número, firma y sello del médico especialista tratante, fecha de prescripción.
3- Consentimiento informado firmado por el médico especialista y el paciente o su representante.
4- Resumen completo de Historia Clínica OBLIGATORIO realizado por el médico, justificando medicación y aclarando diagnóstico.
5- TODOS LOS ESTUDIOS REALIZADOS HASTA LA FECHA DEL DIAGNOSTICO, SIN EXCEPCION.

Importante:

- **La documentación a presentar será evaluada por auditoría Médica, quien podrá solicitar ampliación de documentación en caso de considerarlo necesario. Su recepción NO es condición suficiente para la aprobación del tratamiento.**
- La documentación **solo será recibida** en las oficinas de atención al socio, **en caso de estar completa.**
- 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 todos los formularios.
- La receta médica será recibida siempre que esté dentro de los 30 días de su emisión.
- Se recuerda a los afiliados que deben presentar la Actualización del Formulario de solicitud de medicamentos para pacientes crónicos cada 12 meses.

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 Auditoria Médica recién podrá comprar con el descuento correspondiente.
LA MISMA DEBERA SER ACTUALIZADA UNA VEZ AL AÑO, salvo algún cambio de tratamiento indicado por médico tratante, donde deberá rehacer esta planilla.
Presentar la documentación 30 días antes para la evaluación de la continuación de su tratamiento.

Formulario de solicitud de medicamentos para pacientes crónicos

Fecha……/……/…….

N° de Historia de Situación Terapéutica……..……

DATOS DEL SOCIO

Apellido y Nombre……..……

Plan……N° de socio…… Edad (en años)……..

Domicilio……..……Localidad……..

Tel. particular……...Celular……e-mail.....

INGRESE PATOLOGIA/ CONDICION

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA / JUSTIFICACION DEL CAMBIO DE MEDICACION

_____
_____
_____
_____
_____

PRESENTA ESTUDIOS SI NO

Especificar……..……..…….

TRATAMIENTO

Principio Activo	Potencia	Forma Farmaceutica	Dosis Diaria	Cantidad de envases/mes	Observaciones

DATOS DEL PROFESIONAL:

Apellido y Nombre…….....

Matrícula……T.E…….

Firma y sello del médico tratante:.....

Firma y sello del Auditor Medico interviniente.....

Firma y sello del Administrativo interviniente.....

Fecha inicio de la ST: ……/……/……. Fecha finalización de la ST: ……/……/……

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y Apellido del paciente.....me dirijo a ustedes a los efectos de manifestar mi total y absoluta conformidad del tratamiento de/ con:..... prescripto/s por mi médico/a tratante Dr./a..... , Matricula N°.....; expreso mi satisfacción con la informaci6n recibida por mi médico/a tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar todas mis dudas. He comprendido sobre las condiciones y objetivos del tratamiento utilizado, así como los riesgos y cuidados que debo tener según la indicaci6n de mi médico tratante y mi estado de salud.

FIRMA DEL PACIENTE	ACLARACION	TIPO Y N° DE DOCUMENTO
	EN CASO DE TUTOR (ACLARAR PARENTESCO)	
FIRMA DEL MEDICO TRATANTE	ACLARACION	SELLO DEL PROFESIONAL