SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA PATOLOGÍAS CRÓNICAS

(resolución 310/04 y medicación para discapacidad)

DATOS DEL AFILIADO

Apellido ..... Nombre .....

N° de Afiliado ..... Edad .....

Domicilio ..... Teléfono particular .....

E-mail ..... Teléfono/cel. .....

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

.....

.....

.....

.....

.....

TRATAMIENTO ACTUAL

Principio activo	Marca comercial sugerida	Present. (mg/cant de compr x caja)	Compr /día	Cajas /mes	Patología que justifica la indicación

DATOS DEL PRESCRIPTOR

Apellido y nombre .....

Teléfono ..... Institución .....

DIAGNÓSTICOS

- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Gota
- ☐ Enfermedad coronaria
- ☐ Insuficiencia cardíaca
- ☐ Arritmia crónica
- ☐ Anticoagulación
- ☐ Diabetes Mellitus No insulinodependiente
- ☐ Diabetes mellitus insulinodependiente
- ☐ Dislipemia
- ☐ Hipo/hipertiroidismo
- ☐ Colitis Ulcerosa/Crohn
- ☐ Medicación anticonvulsivante
- ☐ AR y otras artritis
- ☐ Medicación broncodilatadora
- ☐ Glaucoma
- ☐ Enfermedad extrapiramidal
- ☐ Modificadores de conducta
- ☐ Anticoncepción

Otro diagnóstico: .....
Otro diagnóstico: .....
Otro diagnóstico: .....
Otro diagnóstico: .....
Otro diagnóstico: .....
Otro diagnóstico: .....

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

FECHA

La información que se incluye en esta planilla será considerada confidencial por la Obra social y manejada bajo los principios de confidencialidad vigentes.
El porcentaje de cobertura para cada medicamento será el establecido por la Superintendencia de Servicios de Salud, según la resolución 310/04 y modificatorias, puede ser consultado en : www.sssalud.gob.ar.

Una vez autorizada la planilla por Auditoría Médica, el afiliado podrá acceder al descuento en farmacias presentando la/s receta/s correspondiente/s
La autorización requiere renovación anual. En caso de cambios o incorporaciones de nuevos medicamentos deberá presentarse una nueva solicitud.

William Hope SERVICIOS DE SALUD