

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS POR PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVALENTES. RESOLUCIÓN SSS 310/2004

MODALIDAD PARA AFILIADOS CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS.

Estimado Doctor:

Por la presente, y con motivo de dar cumplimiento a la resolución 310/2004 (que establece un mayor porcentaje de cobertura para medicamentos de enfermedades crónicas) de la Superintendencia de Servicios de Salud; solicitamos tenga a bien, completar el formulario (se adjunta modelo) para registrar dichos casos en nuestro sistema de Autorizaciones y con ellos, establecer la cobertura según corresponda.

Este formulario se confeccionará una vez al año.

También se implementa un nuevo recetario para la prescripción de medicamentos con cobertura de hasta el 70% , el cual deberá completarse por triplicado (se llena el original y se calcan lo siguientes) y salvo que Ud. considere lo contrario, servirá para la dispensa de medicamentos, por tres meses.

Cada una de las hojas deberá tener firma original y sello. Comprendemos que todo esto significa un esfuerzo, pero sabemos que es para mayor beneficio de nuestros afiliados. Desde ya muchas gracias.

Saludamos a Ud. cordialmente.

Dr. Ricardo Ferrari

Coordinador de Prestaciones Médicas



SOLICITUD DE MEDICAMENTOS POR PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVALENTES. RESOL.SSS 310/2004

Fecha:/...../.....

Datos del afiliado

Apellido y Nombre:.....

Afiliado N°..... Plan:..... Fecha de Ingreso:.....

Domicilio:.....

Localidad:.....C.P: E-mail(part.-laboral):

Tel. Particular:Tel.(part-laboral):.....

Breve resumen de Historia clínica: (especificando las limitaciones de uso de otras drogas y tiempo de evolución)

.....

TRATAMIENTO ACTUAL (completar todos los datos)

Droga (Genérico)	Marca Comercial	Unidad Posológica	Comp./día	Tiempo prescripto en meses	Dictamen Audit.

Datos del Médico Tratante

- | | |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Artritis reumatoidea, otras AR. |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria | <input type="checkbox"/> Asma bronquial |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Arritmia crónica | <input type="checkbox"/> Enf. Extrapiramidal |
| <input type="checkbox"/> Coagulopatías | <input type="checkbox"/> Enf. Psiquiatría, mod. conducta |
| <input type="checkbox"/> Anticoncepción | <input type="checkbox"/> Síndrome Metabólico |
| <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Dislipemias | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa/Crohn | <input type="checkbox"/> |

Datos del Médico Tratante

Apellido y Nombre:.....

Domicilio:.....Localidad:.....

Teléfono:.....Horarios de consulta:.....

.....
 FIRMA Y SELLO

.....
 FECHA

.....
 VIGENCIA HASTA