



SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRÓNICAS

Resolución 310704 Ministerio de Salud de la Nación

La solicitud de medicamentos deberá respetar las normas establecidas en esta Resolución en cuanto a la indicación de productos farmacéuticos según patología y su estado clínico.

(El formulario deberá ser completado en letra de IMPRENTA en todos sus ítems por el profesional prescriptor).

Beneficiario: Apellido y Nombre: [Grid]

DNI Afiliado: [Grid] Tel Af [Grid]

E-mail [Grid] Categoría: PMI-PMO

Dirección: Localidad: Provincia:

Médico/a Dr/a: Matr. Prof:

Localidad: Pcia: Tel:

Diagnósticos:

Prescripción: (por genérico para 30 días de tratamiento, presentación, concentración y cantidad):

- 1-
2-
3-
4-
5-
6-
7-

Resumen Historia Clínica: (con fundamento que avale la imprescindibilidad de las prescripciones):

Tratamientos realizados y resultados terapéuticos obtenidos:

Patologías concomitantes:

Fecha: / / (Vencimiento a los 6/12 meses o ante cambios en la terapéutica)

Firma y sello del profesional

RESERVADO PARA LA OBRA SOCIAL

DICTAMEN DE AUDITORIA MÉDICA:

Via de Excepción: SI / NO Nivel de Cobertura: 40 % 70% 100 %

Fecha: / / 20 Firma y sello Médico Auditor