



SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRÓNICAS

Resolución 310/04 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:

DNI Afiliado: Tel Af

E-mail Categoría: PMI-PMO

Dirección: Localidad: Provincia:

Médico/a Dr/a.: Matric. 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:

Vía de Excepción: SI / NO
(Indicar lo que corresponda)

Nivel de Cobertura: 40 % 70% 100 %
(Indicar lo que corresponda)

Fecha:/...../ 20.....

Firma y sello
Medico Auditor