

PROTOCOLO DE MEDICACIÓN DISCAPACIDAD

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

Datos personales

Apellido y Nombre:

Mail: Tel.: Cel:

DNI: Edad: Género:

Diagnóstico

Fecha de diagnóstico:/...../.....

Fecha Inicio de CUD:/...../.....

Diagnóstico según CIE 10

Fecha Vencimiento de CUD:/...../.....

Código

Descripción

Código	Descripción

Tratamiento indicado

Monodroga	Dosis diaria	Dosis semanal	Dosis mensual

Resumen de Historia Clinica

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Indicar evolucion de la patologia

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Médico Solicitante

Apellido y Nombre: _____

Matrícula nacional: N° _____

Mail: _____

Matrícula provincial: N° _____

Tel.: _____

Cel: _____

Firma y Sello:

INSTRUCTIVO DE MEDICACIÓN POR DISCAPACIDAD

Estimado/a Afiliado/a:

Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

INICIO

- Prescripción médica de la medicación en **original/copia y duplicado en caso de que corresponda**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante**. El pedido debe gestionarse de manera mensual con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Protocolo de medicación por Discapacidad.
- Copia de informe de estudios de diagnóstico.
- Copia certificado de discapacidad vigente
- Consentimiento informado.

CONTINUIDAD

- Prescripción médica de la medicación en **original/copia y duplicado en caso de que corresponda**. La indicación **debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante**.

CAMBIO DE ESQUEMA DE TRATAMIENTO O AUMENTO DE DOSIS

- Protocolo de medicación por Discapacidad.
- Prescripción médica de la medicación en original/copia y duplicado en caso de que corresponda. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse de manera mensual con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Justificativo médico informando los motivos del cambio de esquema de tratamiento y/o aumento de dosis.
- Consentimiento informado

DOCUMENTACIÓN ANUAL

- Protocolo de medicación por Discapacidad.
- Copia de estudios actualizados.
- Consentimiento informado.

Importante: Le recordamos que debera actualizar la presentación del CUD, una vez vencida la vigencia del mismo.

**La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.
Tramite sujeto a Auditoria Médica.**