



Obra Social de Obreros y Empacadores de Fruta de Rio Negro y Neuquén

R.N.O.S.: 1-0670-8

Menguelle 130

Tel: 299-4782274

(8324) Cipolletti (R.N.)

INSTRUCTIVO DE MEDICACIÓN POR DISCAPACIDAD

Un aporte bien hecho

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**.
- 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.
- 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 Auditoría Médica.**