



## 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.

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.



OBRA SOCIAL DE OBREROS Y EMPACADORES DE FRUTA DE RÍO NEGRO Y NEUQUÉN

Neuquén 130

R.N.O.S. 1-0670-8 (0299) 4782274

(8324) Cipolletti (R.N)

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:.....
Tel. Particular: .....Tel.(celular):.....

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

TRATAMIENTO ACTUAL (completar todos los datos)

Table with 6 columns: Droga (Genérico), Marca Comercial, Unidad Posológica, Comp./día, Tiempo prescripto en meses, Dictamen Audit.

Datos del Médico Tratante

- Checkboxes for various medical conditions: Hipertensión arterial, Gota, Enfermedad coronaria, Insuficiencia cardíaca, Arritmia crónica, Coagulopatías, Anticoncepción, EPOC, Dislipemias, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Colitis ulcerosa/Crohn, Epilepsia, Artritis reumatoidea, Asma bronquial, Glaucoma, Enf. Extrapiramidal, Enf. Psiquiatría, mod. conducta, Síndrome Metabólico, Otros

Datos del Médico Tratante

Apellido y Nombre:.....
Domicilio:..... Localidad:.....
Teléfono:..... Horarios de consulta:.....

FIRMA Y SELLO

FECHA

VIGENCIA HASTA