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.)

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 Rio Negro y Neuquén

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

Menguelle 130 Tel: 299-4782274 (8324) Cipolletti (R.N.)

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS POR PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVALENTES. RESOL.SSS 310/2004

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

Datos del afiliado

Apellido y Nombre:.....

Afilado Nº..... 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)

Droga (Genérico)	Marca Comercial	Unidad Posológica	Comp./día	Tiempo prescripto en meses	Dictamen Audit.

Datos del Médico Tratante

- ☐ Hipertensión arterial
- ☐ Gota
- ☐ Enfermedad coronaria
- ☐ Insuficiencia cardíaca
- ☐ Arritmia crónica
- ☐ Coagulopatías
- ☐ Anticoncepción
- ☐ EPOC
- ☐ Dislipemias
- ☐ Hipotiroidismo
- ☐ Hipertiroidismo
- ☐ Colitis ulcerosa/Crohn
- ☐ Epilepsia
- ☐ Artritis reumatoidea, otras AR.
- ☐ Asma bronquial
- ☐ Glaucoma
- ☐ Enf. Extrapiramidal
- ☐ Enf. Psiquiatría, mod. conducta
- ☐ Sindrome Metabólico
- ☐ Otros .....
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....
- ☐ .....

Datos del Médico Tratante

Apellido y Nombre:.....

Domicilio:.....Localidad:.....

Teléfono:.....Horarios de consulta:.....

.....	.....	.....
FIRMA Y SELLO	FECHA	VIGENCIA HASTA

AUDITORÍA MÉDICA