

Formulario de solicitud de medicamentos resolución 310/04

DATOS DEL SOCIO

Apellido _____ Nombre _____
 N° de socio _____ Edad (en años) _____ N° de Historia Clínica _____
 Domicilio _____ Teléfono particular _____ E-mail _____
 Teléfono móvil _____ Teléfono laboral _____ E-mail laboral _____

BREVE RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Descripción del cuadro que justifica el uso de la/s drogas solicitada/s (incluyendo limitaciones al uso de otras drogas)

TRATAMIENTO ACTUAL (La totalidad de los medicamentos consumidos)

Principio activo	Marca comercial	Unidad posológica (en mg)	Comprimidos/día	Tiempo prescriptivo en meses	Observaciones

DATOS DEL PRESCRIPTOR

Apellido y nombre _____
 Teléfono _____ Institución _____

DIAGNÓSTICOS

- | | | | |
|--|--|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial:401 | <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus No insulino dependiente: 250.00 | <input type="checkbox"/> AR y otras artritis: 714 | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gota: 274 | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus insulino dependiente:250.01 | <input type="checkbox"/> Medicación broncodilatadora:495 | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria: 411.1 | <input type="checkbox"/> Dislipemia: 272 | <input type="checkbox"/> Glaucoma: 365 | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca:428 | <input type="checkbox"/> Hipo / hipertiroidismo: 246.8 | <input type="checkbox"/> Enfermedad extrapiramidal: 333.90 | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Arritmia crónica:427 | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa/Crohn: 556.1 | <input type="checkbox"/> Modificadores de conducta:295 | Otro diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> Anticoagulación: V58.61 | <input type="checkbox"/> Medicación anticonvulsivante:780.3 | <input type="checkbox"/> Anticoncepción: V25 | Otro diagnóstico: _____ |

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO PRESCRIPTOR

FECHA

La información que se incluye en esta planilla será considerada confidencial por Swiss Medical Group y manejada bajo los principios de confidencialidad vigentes

El monto de cobertura para cada medicamento puede ser consultado en : www.sssalud.gov.ar

Una vez autorizada la planilla por Auditoría Médica, el titular deberá presentar el ticket original de la farmacia y la copia de la orden médica correspondiente, dentro de los 60 días corridos de la fecha de compra.

Formas de reintegro: cheque, CBU, descuento de cuota.