



## PLANILLA 105 – CRONICIDAD

ATENCIÓN: Por diagnóstico de enfermedad mental completar planilla 101

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

Nº AFILIADO \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ LOCALIDAD: \_\_\_\_\_

Atención: la medicación con cobertura se encuentra publicada en la página de la SSS

MARCA COMERCIAL	GENÉRICO	DOSIS DIARIA	CAMBIO DE DOSIS		DOSIS MENSUAL
			SI	NO	

### Hacer una "x" en la patología del paciente

#### I. Enfermedades Cardiovasculares

Hipertensión Arterial Esencial  
Hipertensión Arterial Secundaria  
Insuficiencia Cardíaca  
Arritmias  
Terapéutica Antiagregante  
Prevención Primaria de la Cardiopatía Isquémica

#### II. Enfermedades respiratorias

EPOC  
Asma Bronquial  
Fibrosis Pulmonar

#### III. Enfermedades neurológicas

Parkinson  
Epilepsia

#### IV. Enfermedades inflamatorias y reumáticas

Gota crónica  
Artritis reumatoidea  
Colitis ulcerosa  
Enfermedad inflamatoria crónica  
Enfermedad de Crohn  
LES (Lupus Eritematoso Sistémico)

#### V Enfermedades oftalmológicas

Glaucoma

#### VI Enfermedades endocrinológicas

Hipertiroidismo  
Hipotiroidismo  
Dislipemias

DEBE ADJUNTAR RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA.

Firma y sello del médico tratante: \_\_\_\_\_

Nº de prestador: \_\_\_\_\_

### IMPORTANTE:

- (1) Debe presentar el protocolo por el sector Farmacia con copia del mismo y de las recetas; Tiempo de evaluación: 96 horas hábiles, luego el afiliado deberá volver al sector Farmacia con las órdenes originales a realizar la autorización correspondiente.
- (2) Cualquier reclamo por error en la autorización, deberá realizarlo dentro de los 30 días de retirada la autorización. Pasado ese lapso y si Ud. advirtiere del error, deberá presentar nuevo protocolo con la solicitud de cobertura del fármaco en cuestión, que tendrá el tiempo de auditoría ordinario.