



DOSUBA

SOLICITUD MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA POR DISCAPACIDAD

NOMBRE Y APELLIDO:

TELÉFONO:

Nº AFILIADO:

EDAD:

	NOMBRE COMERCIAL	GENÉRICO	MG.	COMP./ ML. DIARIOS	DOSIS MENSUAL	AUDITORIA MEDICA DOSUBA	
						AUTORIZA POR DISCAPACIDAD	
						SI	NO
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

DIAGNÓSTICO: _____

INFORME MÉDICO: _____

FECHA DE PRESCRIPCIÓN: ____/____/____

FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE:

Nº PRESTADOR:

IMPORTANTE:

- 1) DEBERÁ PRESENTAR COPIA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SIN EXCEPCIÓN.
- 2) Debe presentar el protocolo por el sector de Salud Mental con copia del mismo y de las recetas.
- 3) Tiempo de evaluación: 96 horas hábiles, luego el afiliado deberá volver al sector Farmacia a realizar la autorización correspondiente.
- 4) EN CASO DE NO CONTAR CON EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SOLICITAR EN EL SECTOR FARMACIA PROTOCOLO DE CRONICIDAD.