



## PLANILLA 102 - PROTOCOLO GENERAL DE COBERTURA 100%

**INCLUYE:** PAÑALES - HIV - BOLSAS DE COLOSTOMÍA - ILEOSTOMÍA - UROSTOMÍA

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

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

Nº AFILIADO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

MEDICACIÓN: \_\_\_\_\_

	NOMBRE COMERCIAL	GENÉRICO	MG.	COMP./ML. · DIARIOS	DOSIS MENSUAL
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

INFORME MÉDICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FECHA DE PRESCRIPCIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE:

Nº PRESTADOR:

### IMPORTANTE:

- 1) El afiliado deberá entregar el protocolo completo por su médico tratante (prestador de la O.S.) con copia de las recetas y del protocolo en el sector Farmacia.
- 2) En caso de contar con certificado único de discapacidad deberá presentar una copia. Si la indicación farmacológica es para el tratamiento de diagnóstico del CUD, la cobertura será del 100%
- 3) La resolución será entregada al afiliado luego de las 96hs. hábiles en el sector Farmacia.
- 4) En caso que la medicación fuera autorizada, el afiliado deberá entregar la receta en el área de Farmacia para realizar la autorización correspondiente.
- 5) Una vez vencido el plazo de autorización, el afiliado deberá cumplimentar nuevamente los pasos antes mencionados
- 6) En caso de cambio de medicación y/o dosis, el afiliado deberá entregar nuevamente el protocolo de acuerdo al punto 1.
- 7) 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 erro, deberá presentar nuevo protocolo con la solicitud de cobertura del fármaco en cuestión, que tendrá el tiempo de auditoría ordinario.
- 8) En caso de ser necesario se solicitará al afiliado documentación complementaria y/o el inicio de un expediente por mesa de entradas.
- 9) La cobertura de pañales será solo en caso de que el afiliado padezca una enfermedad oncológica o posea CUD.