

# INSTITUCIONES

## **AUTORIZACIÓN PARA PROVISION TRIMESTRAL** **MEDICACION, SUPLEMENTOS NUTRICIONALES Y ACCESORIOS**

(SEGÚN NORMATIVA PRESENTE EN REGLAMENTO OPERATIVO INCLUIR SALUD)

COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA MAYUSCULA Y CLARA

**Datos de la Institución:**

Nombre de la Institución:

.....

Domicilio:

.....

.....

Localidad: .....

C.P.:

.....

Teléfono:

.....

.....

Mail de contacto:

.....

Director de la Institución:

.....

### **EL TRAMITE DEBERA CONTAR CON LA SIGUIENTE** **DOCUMENTACION:**

**HOJA DE RESUMEN DE SOLICITUD:** donde se especifique cada medicamento, accesorio o suplemento requerido (genérico) y la cantidad (de comprimidos en el caso de medicamento) del mismo **para todos los beneficiarios de programa que residen en la Institución para los 3 meses de tratamiento**, firmado por el director de la institución.

(ej: -pañales XG 8400 unidades para 3 meses para todos los beneficiarios Incluir residentes en la institución.

-Clonazepam 2 mg x 10830 comprimidos para 3 meses de tratamiento de todos los beneficiarios Incluir residentes en la Institución)

**DOCUMENTACION** que DEBE presentarse **POR BENEFICIARIO**

- **Resumen de Historia Clínica** que justifique lo solicitado, realizada por médico tratante, detallando el diagnóstico y el medicamento solicitado, con forma farmacéutica y dosis diaria. Donde se especifique a su vez, que el **tratamiento es de duración prolongada, por lo que el paciente utilizara la misma medicación por los próximos 3 meses.**
- **Orden de prescripción médica** del profesional tratante (medicamento genérico, dosis diaria y forma farmacéutica, **solicitando y aclarando la cantidad trimestral.**
- **Certificación** afiliatoria
- Fotocopia de **DNI**
- Fotocopia de último **recibo de haber previsional emitido por el banco**
- **Certificado único de discapacidad** (en caso de corresponder)
- **Copia de AMPARO** (en caso de corresponder)

