

Nº de trámite



AUTORIZACIÓN TRIMESTRAL CON ENTREGA MENSUAL

(SEGÚN NORMATIVA PRESENTE EN REGLAMENTO OPERATIVO INCLUIR SALUD)

COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA MAYUSCULA Y CLARA

Datos personales del afiliado:

Nombre y Apellido:

Nº de Beneficiario: 405 -

Edad:

D.N.I.:

Domicilio:

Localidad:

C.P.:

Teléfono:

Documentación que DEBE presentarse en el trámite

- **Resumen de Historia Clínica** que justifique lo solicitado (completa y actualizada con no más de 3 meses, realizada por médico tratante, detallando el diagnóstico y el medicamento solicitado, con forma farmacéutica y dosis diaria)
- **Orden de prescripción médica** del profesional tratante (medicamento genérico, dosis diaria, forma farmacéutica, solicitando y aclarando la cantidad trimestral)
- **Copia de informes** de estudios complementarios que avalen la patología a tratar
- **FUM** transcripta correspondiente a cada mes solicitado
- **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)

IMPORTANTE: Para solicitar evaluación de trámite por 3 meses, tanto el Resumen de Historia Clínica como la Orden Médica deberán, **explícitamente**, hacer referencia a la utilización de **la misma** medicación/dosis o insumo **por un lapso de 90 días consecutivos**. Por otro lado, se informa que el programa se rige por la Ley de Medicamentos (11.405), por lo cual no podrán autorizarse marcas comerciales. Asimismo, cabe mencionar que una vez realizada la autorización y la compra del período, **no habrá posibilidad de modificarlo** hasta la finalización del mismo.

SOLICITUD AUTORIZACION EN CENTRAL

.....

.....

.....