

Renovación de medicamentos sin cargo

REQUISITOS

HASTA 4 (CUATRO) MEDICAMENTOS	MÁS DE 4 (CUATRO) MEDICAMENTOS
<ul style="list-style-type: none">▶ Original y fotocopia de la receta de la medicación solicitada por un médico integrante del Sistema.	<ul style="list-style-type: none">▶ Original y fotocopia de la receta de la medicación solicitada por un médico integrante del Sistema.
<ul style="list-style-type: none">▶ Declaración Jurada (Según Disp. 107/GPSyC/ GPM/14)	<ul style="list-style-type: none">▶ Declaración Jurada (Según Disp. 107/GPSyC/ GPM/14)
	<ul style="list-style-type: none">▶ Formulario Solicitud de cobertura por razón social superior a 4 (cuatro) medicamentos (Disp. 059/GM/16)
	<ul style="list-style-type: none">▶ Informes de estudios que avalen el/ los diagnósticos informados por el médico prescriptor.

ANEXO III - DISPOSICIÓN N° 107-14

Declaración Jurada

UGL:	Agencia:	Corresponsalía:
------	----------	-----------------

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:			
N° Afiliado:			
Fecha de Nacimiento: / /		Tipo y N° de Doc.:	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad:	Vive Solo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nacionalidad:
Domicilio:			
Localidad:			
Teléfonos:			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado / Unido <input type="checkbox"/> Divorciado / Separado <input type="checkbox"/> Viudo			
Propietario: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Alquila: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Observaciones:			

FAMILIARES A CARGO

APELLIDO Y NOMBRE	VÍNCULO	EDAD	DISCAPACITADO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Jubilación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Monto \$	Pensión <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Monto \$
Egresos Fijos \$		Monto Disponible \$	
Otros Ingresos \$			

Nombre de los Medicamentos:		Costo	\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
Observaciones:			
Costo medicamentos: \$		Porcentaje sobre sus Ingresos: %	

Afirmo que los datos consignados precedentemente son fidedignos y que he confeccionado esta declaración sin omitir ni falsear referencia alguna que deba contener, siendo expresión de verdad.

Declaro conocer que si se incurriere en estos hechos podrá rechazarse mi solicitud o revocarse la prestación otorgada, ello sin perjuicio de las acciones legales que el INSSJP pueda iniciar por daño sufrido.

Firma del Afiliado
Nombre y Apellido
DNI

LUGAR Y FECHA de la D.D.JJ: _____

FORMULARIO DISPOSICIÓN 059/GM-2016

Solicitud de cobertura por razón social superior a 4 medicamentos

Apellido y Nombre:

Nº Afiliado:

MEDICAMENTOS SUBSIDIADOS POR RAZONES SOCIALES

	CANT. DE ENVASES / MES	DROGA	PRESENTACIÓN
1			
2			
3			
4			

Tratamientos no farmacológicos: SI NO | Detallar:

SOLICITUD DE AGREGADO DE MEDICAMENTOS

	DROGA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CANTIDAD DE ENVASES / MES	DURACIÓN ESTIMADA DEL TRATAMIENTO	DIAGNÓSTICO
5						
6						
7						
8						
9						
10						

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Estudios complementarios realizados: (detallar y adjuntar fotocopia de los informes)

-
-
-
-

Tel:
Fax:
Mail:

Lugar y Fecha

Firma y sello del médico

NOTA: Los datos deben estar completos y con letra clara legible.

