

Primera solicitud 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"> ▶ Original del último recibo de cobro. De poseer Jubilación y Pensión deberá presentar ambos recibos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Original del último recibo de cobro. De poseer Jubilación y Pensión deberá presentar ambos recibos.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Original del Documento Nacional de Identidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Original del Documento Nacional de Identidad.
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Constancia de Afiliación 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Declaración Jurada (Según DICO 0005/SGPS-SGTM-2017)
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Declaración Jurada (Según DICO 0005/SGPS-SGTM-2017) 	<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 II- DICO N° 0005/SGPS-SGTM-2017

Declaración Jurada



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

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
¿Está afiliado a un Sistema de Medicina Pre Paga? <input type="checkbox"/> SI		¿Cuál? <input type="checkbox"/> NO	

BIENES

INMUEBLES

Propietario: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cantidad:	Alquila: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Observaciones:
--	-----------	--	----------------

AUTOMOTORES

Vehículo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cantidad:	Marca:	Modelo:	Año:
---	-----------	--------	---------	------

OTROS BIENES

Aeronave: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cantidad:	Marca:	Modelo:	Año:
Embarcación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cantidad:	Marca:	Modelo:	Año:

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 \$	

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.

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.