

Primera solicitud de medicamentos sin cargo

REQUISITOS

| HASTA 5 (CINCO) MEDICAMENTOS | MÁS DE 5 (CINCO) 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 y fotocopia del último recibo de cobro. De poseer Jubilación y Pensión deberá presentar ambos recibos y sus respectivas fotocopias. | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Original y fotocopia del último recibo de cobro. De poseer Jubilación y Pensión deberá presentar ambos recibos y sus respectivas fotocopias. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Original y fotocopia de 1ª y 2ª hoja del Documento Nacional de Identidad, y de aquella en donde conste el domicilio actual, si es que fue modificado. | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Fotocopia de 1ª y 2ª hoja del Documento Nacional de Identidad, y de aquella en donde conste el domicilio actual, si es que fue modificado. |
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Constancia de Afiliación | <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 5 (cinco) medicamentos (Circ. 008/GPM) |
| | <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.J.J: _____

Solicitud de cobertura por razón social superior a 5 medicamentos

Apellido y Nombre:

N° Afiliado:

MEDICAMENTOS SUBSIDIADOS POR RAZONES SOCIALES

| CANT. DE ENVASES / MES | DROGA | PRESENTACIÓN |
|------------------------|-------|--------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

Tratamientos no farmacológicos: SI NO | Detallar:

SOLICITUD DE AGREGADO DE MEDICAMENTOS

| DROGA | PRESENTACIÓN | DOSIS DIARIA | CANTIDAD DE ENVASES / MES | DURACIÓN ESTIMADA DEL TRATAMIENTO | DIAGNÓSTICO |
|-------|--------------|--------------|---------------------------|-----------------------------------|-------------|
| 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.