

Medicación de Alto costo para enfermedades poco frecuentes:

¿Cómo hacer para tramitar la medicación cuando los tratamientos convencionales no han alcanzado el efecto deseado o han fallado y la patología no tiene un Formulario específico para la enfermedad?

1º Primero debe descargar de la página web el archivo de **MEDICACION ALTO COSTO ENFERMEDADES POCO FRECUENTES**. El mismo también está disponible en las Agencias de Unión Personal y Accord Salud, y en las páginas web de Unión Personal www.unionpersonal.com.ar y Accord Salud www.accordsalud.com.ar.

2º Para la prescripción, comuníquelo al médico que, la receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá constar el D.N.I. y Diagnóstico.

3º En el **FORMULARIO SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES** complete Ud. con letra clara TODOS los datos solicitados en la sección A) y C) del formulario. El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.

4º Su médico de cabecera de cartilla u hospital público debe completar el formulario con un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B) del formulario. A continuación el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello.

5º La entrega de la totalidad de la documentación detallada en punto 6, deberá realizarse a través de la página **web de Unión Personal o Accord Salud de acuerdo a su plan de afiliación ingresando a: AUTOGESTIÓN – AUTORIZACIONES – NUEVA AUTORIZACION – MEDICAMENTOS ALTO COSTO**. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de Unión Personal/Accord Salud.

6º Documentación que debe presentar:

- a) **FORMULARIO SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES** completo y consentimiento informado, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.
- b) Estudios específicos para el diagnóstico de la enfermedad.
- c) Resumen de Historia Clínica completo, actualizado y con letra legible firmada y sellada por el médico especialista en la que contenga los siguientes datos: a. Datos del Beneficiario (Nombre, apellido o codificación si correspondiere, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo y categoría del mismo). b. Diagnóstico. c. Antecedentes de la enfermedad, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades. d. Detalle del tratamiento indicado (completo). e. Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita cobertura, con detalle de dosis diaria y mensual requerida. f. Tiempo de tratamiento previsto. g. En caso de que los tratamientos convencionales no hayan alcanzado el efecto deseado o hayan fallado, también describirlo.
- d) Copia de CUD si lo tuviere tramitado y vigente.
- e) Recibos de pago de mono tributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
- f) Fotocopia de la credencial de afiliado.

POR FAVOR, GUARDE TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, UNIÓN PERSONAL/ACCORD SALUD PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.

7º Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación a través de la página **web de Unión Personal o Accord Salud de acuerdo con su plan de afiliación ingresando a: AUTOGESTIÓN – AUTORIZACIONES – NUEVA AUTORIZACION – MEDICAMENTOS ALTO COSTO**. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de Unión Personal/Accord Salud.

EXCEPTO QUE EL SECTOR MEDICAMENTOS ASÍ SE LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL MEDICAMENTO

8º Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.



SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES

Fecha...../...../.....

A) DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre:
Afiliado N°:..... Plan: Edad:..... Sexo:.....
Tipo y N° Documento:..... Dirección:
Te.: Localidad: Pcia.:
Mail:.....

B) DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO

Medico solicitante: MN:
Institución:
Diagnóstico:
Genérico:..... Presentación:.....
Dosis diaria: Dosis semanal:..... Dosis mensual: Peso:..... Altura:.....
Tiempo estimado de tratamiento:

Firma y sello
Medico solicitante

Firma y sello
Institución

C) DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombre:
D.N.I.:
Domicilio en:
Localidad:
Parentesco:

Por la presente asumo el compromiso de entregar a Unión Personal la documentación requerida, según lo establecido en el punto 8.5 de la Resolución. 939/00 del Ministerio de salud, cuya copia recibo en este momento, tomando conocimiento y notificándome de su contenido. Asimismo asumo el compromiso de completar todos los trámites posteriores necesarios que Unión Personal me solicite para cumplir con los requerimientos de la Administración de Programas Especiales, actual Unidad Coordinadora de Gestión, de la Superintendencia de Servicios de Salud. La entrega de la documentación requerida es condición esencial para que se brinde la cobertura, de modo que, de no cumplir con ello, asumo los riesgos correspondientes deslindando de toda responsabilidad a la Obra Social Unión Personal.

AUTORIZO EXPRESAMENTE POR LA PRESENTE, EL TRATAMIENTO INDICADO

FIRMA: ACLARACION:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente (nombre/s y apellido/s)..... de..... años de edad, con domicilio en DNI y Nº de afiliado.....

Completar en caso de ser necesario:

Representante legal (nombre/s y apellido/s) de años de edad, con domicilio en..... y DNI, en calidad de (indicar relación con el paciente):.....

DECLARO:

Que el Dr. MN..... especialista en, me ha informado de forma comprensible acerca del tratamiento con la medicación (indicar nombre genérico) para la patología (consignar diagnóstico)

Verbalmente me fue informado sobre los posibles beneficios/resultados deseados del tratamiento; los posibles riesgos, efectos adversos y/o secundarios (incluyendo riesgos para mujeres embarazadas o en período de lactancia); las posibles alternativas terapéuticas; los posibles resultados si no se toma/aplica la medicación recomendada y la posibilidad de que la dosis del medicamento pueda requerir ser ajustada en el tiempo; asimismo he sido informado sobre el derecho a participar activamente en mi tratamiento discutiendo inquietudes o preguntas, como así también a decidir la interrupción de la continuidad de utilización de la medicación.

El profesional citado ut supra, ha contestado a mis dudas y me ha dado tiempo suficiente para reflexionar sobre la información recibida; por ello, otorgo el presente consentimiento, del cual se me facilita una copia.

En a los días del mes de de 20.....

Firma:
(Paciente/Representante legal)

Firma:
(Médico)

Aclaración:

Sello: