

SOLICITUD DE EXCEPCIÓN

Para medicamentos fuera de Vademécum DASPU

FICHA N°: _____

FECHA DE PRESENTACIÓN: ___/___/___.

Nombre y apellido del **afiliado titular**: _____

N° **afiliado titular**: _____

Nombre y apellido **afiliado asistido**: _____

N° **afiliado asistido**: _____ Parentesco: _____

Edad: _____ Años/meses/días Sexo: masculino ___ femenino ___

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Médico tratante: _____

Mat.profesional: _____ Especialista en: _____ Mat.N° _____

Diagnóstico: _____

Antecedentes médicos que hagan al caso: _____

En caso de necesidad pueden contactar en el horario de _____ a _____ al teléfono: _____

Medicamentos prescritos, tiempo de tratamiento de: ___ días/sem./meses/años

Nombre comercial/genérico	Dosis	Acción terapéutica
---------------------------	-------	--------------------

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Justificación del uso en reemplazo de los equivalentes terapéuticos

incluidos en el Programa de Garantía de Calidad de Medicamentos DASPU. (Vademecum)

(Aportar bibliografía o referencias bibliográficas)

Firma y sello Profesional

Evaluación Comisión de Medicamentos:

Corresponde:

1. No hacer lugar a la solicitud
2. Equiparar cobertura Programa (50%)
3. Abrir expediente

Firma y sello de la Comisión

Notificado el: _____