

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS – PROGRAMA DE DISCAPACIDAD 2025

Con **caligrafía clara** por favor completar la siguiente planilla

Apellido y nombres del afiliado que está en el programa:

DNI del afiliado:

Teléfono del afiliado:

Profesional/es Tratante/s (apellido, nombre tel y horarios para ubicarlo/s):

Fecha de Solicitud:

Diagnóstico del Certificado de Discapacidad:

<i>Nombre comercial</i>	<i>Nombre genérico</i>	<i>Dosis/día</i>	<i>Diagnóstico para el cual se prescribe</i>

Si la medicación se solicita por primera vez se deberá adjuntar, por única vez, una **copia del Certificado de Discapacidad**.

No presente en esta planilla medicación: Oncológica, Diabetes, HIV, Trasplante, Fórmulas magistrales, Esclerosis múltiple, anticonceptivos, Artritis reumatoidea y del Plan Materno infantil

Firma y Sello del Prescriptor

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR MEDICAMENTOS DENTRO DEL PROGRAMA DE DISCAPACIDAD

Estimado afiliado/a, a continuación le detallamos los pasos y requisitos para solicitar la cobertura de medicación, cuando usted posee el Certificado Único de Discapacidad y se encuentra dentro del Programa de Discapacidad.

Deberá ser prescripto por el médico en la planilla "**Solicitud de Medicamentos – Programa de Discapacidad**" que tendrá que retirar en la sede del Programa o bajarlo de la página web de DASPU.

El pedido deberá estar firmado y sellado por el médico que prescribe la medicación (no se harán excepciones). Letra legible del médico.

La planilla debe estar completa con los datos del afiliado y número de teléfono de contacto.

Los afiliados deberán adjuntar junto a esta planilla la cobertura que poseen en sus otras Obras Sociales para poder ser valorada esta solicitud.

La tramitación demora alrededor de 10 días hábiles, una vez completado el trámite. Se autoriza por períodos de 3, 6 meses o hasta 1 año, por lo que solicitamos que al retirar el medicamento en las farmacias de las sedes de DASPU, consulte el periodo de autorización. **Debe solicitar la prórroga antes de la fecha de vencimiento.**

Recuerde que sólo se autoriza en esta planilla la medicación inherente al diagnóstico del Certificado Único de Discapacidad.

Si su pedido es de otra área o Programa deberá solicitarlo en el lugar correspondiente:

- ☐ Embarazo, parto y primeros años de vida: **Plan Materno-Infantil**
- ☐ Oncológico y Trasplante: **Auditoría médica**
- ☐ HIV: **Programa HIV / SIDA**
- ☐ Diabetes: **Programa de Diabetes**
- ☐ Esclerosis múltiple y Artritis Reumatoidea : **Auditoría médica**
- ☐ Anticonceptivos: **Programa de Salud Sexual y Reproductiva**
- ☐ Fórmula magistral: **Auditoría médica**

Te: 4474600 Interno 600 (Secretaria) 611 Admisión

Email: programadiscapacidad@daspu.com.ar