



Dirección de Obra Social de la  
Universidad de Buenos Aires



Universidad de Buenos Aires

**SOLICITUD MEDICACIÓN POR DISCAPACIDAD Y/O ALTO COSTO BAJA INCIDENCIA**

NOMBRE Y APELLIDO:

Nº AFILIADO:

EDAD:

**MEDICACIÓN:**

	NOMBRE COMERCIAL	GENÉRICO	MG.	DOSIS DIARIA	DOSIS MENSUAL	AUDITORIA MÉDICA DOSUBA		AUDITORIA MÉDICA DOSUBA	
						AUTORIZA POR DISCAPACIDAD		AUTORIZA POR ALTO COSTO BAJA INCIDENCIA	
						SI	NO	SI	NO
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

INFORME MÉDICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

FECHA DE PRESCRIPCIÓN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO MÉDICO TRATANTE:

Nº PRESTADOR:

**IMPORTANTE:**

- 1) El afiliado deberá entregar el protocolo completo por su médico tratante en el Dpto. de Salud.
- 2) En caso de tener certificado de discapacidad deberá adjuntarlo junto con el protocolo.
- 3) La resolución será entregada en mano al afiliado dentro de las 96hs. hábiles en el Dpto. de Salud
- 4) En caso que la medicación fuera autorizada, el afiliado deberá entregar el protocolo junto con la receta en el área de farmacia para realizar la autorización por un año.
- 5) En caso de autorizarse la medicación por Alto Costo Baja Incidencia, el afiliado deberá autorizar dicha medicación cada 3 meses en el área de farmacia de ésta Obra Social.
- 6) Una vez vencido el plazo de autorización, el afiliado deberá cumplimentar nuevamente los pasos antes mencionados.
- 7) En caso de cambio de medicación y/o cambio de dosis, el afiliado deberá entregar nuevamente el protocolo en el Dpto. de Salud, para su evaluación

**NOTA: EN CASO DE SER NECESARIO SE SOLICITARA AL AFILIADO DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y/O EL INICIO DE UN EXPEDIENTE POR MESA DE ENTRADAS.**