

Medicación Oncológica: ¿Cómo hacer para tramitar la medicación oncológica?

- 1º Debe solicitar en la Agencia más cercana los formularios de “SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS” y “CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO(A)”. Los mismos están disponibles en el sector Banco de Drogas, de 9:30 Hs a 16:30 Hs sito en Viamonte 869, 2do.piso, frente, Ciudad de Buenos Aires, o solicitarlos vía mail a oncologia@unionpersonal.com.ar (ver punto 6º).
- 2º. “SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS”: debe completarla con letra clara todos los datos solicitados en la sección A.
- 3º. Su médico tratante de cartilla u hospital público debe completar el formulario con datos que motiven el pedido de medicación tal como se detalla en la sección B. C. y D. del formulario.
- 4º. Dónde se debe remitir la documentación original?

Delegaciones del Interior del país. Si Ud. quiere conocer su delegación más cercana debe consultar la página web <http://www.unionpersonal.com.ar/application/mods/agencias/> o en su cartilla.

- 5º. Documentación que debe presentar en UP/Accord (agencias, Banco de Drogas):
 - Formulario completo original y consentimiento informado (A), con firma y sello del profesional oncólogo u onco-hematólogo y firmado por el paciente.
 - Copia del informe de los estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico (ej. resonancias, tomografías, centellograma, PET, etc.), informe laboratorio y anatomía patológica (biopsia), receptores hormonales y marcadores tumorales según corresponda por diagnóstico. Copia del protocolo quirúrgico, de radioterapia y/o de quimioterapias previas.
 - Copia de la prescripción del medicamento. Recuerde que la receta original se debe entregar en la farmacia al momento de la dispensa del medicamento.
 - Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.

Nota: en situaciones excepcionales, Unión Personal podrá contactarse con Ud. pidiéndole documentación complementaria.

Por favor, no olvide completar correctamente los datos de contacto en el formulario.

- 6º. En caso de autorizarse la medicación, la Droguería Orien, se contactará con el afiliado o con el contacto designado en el formulario para la entrega de la medicación.
- 7º. La medicación para el tratamiento del dolor debe tramitarse a través de las Agencias de todo el país o de Banco de Drogas (solo área metropolitana) con prescripción médica y diagnóstico.

Vías de comunicación con Droguería Orien:

Línea exclusiva Orien: 5274-8686

Correo electrónico: gestiononcoup@orien.com.ar

Nota: Pacientes que se atienden en el CEMAC Monserrat (Pte. Perón 1146 4º Piso), la gestión de turnos y provisión de medicación oncológica son facilitados por la administración de dicho centro. El paciente solo deberá presentar la documentación del punto 6º en la Recepción una vez que el médico se lo indica.

SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS

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

A. DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre:CUIT/CUIL.....

Afiliado (LOS 11 DIGITOS) U.P. Nro. :Plan:

Localidad:Pcia.:Mail:.....

Tel.:Sexo: M F Fecha de Nacimiento:/...../..... Edad:.....

Operado/a: NO SI Institución donde se operó:.....

Dirección del sanatorio o clínica:..... C.P.....

Pcia: Tel de la clínica o sanatorio:.....

B. DATOS DEL MÉDICO SOLICITANTE

Apellido y Nombre:Matricula Nacional.....

Teléfonos Para contacto.....

C. DIAGNOSTICO

Estadio Inicial:.....Situación Actual.....

.....ECOG:.....KARNOFSKY:.....

Cirugía previa Fecha:

<u>Descripción</u>

Radioterapia previa Fecha:

<u>Descripción</u>	<u>Respuesta</u>

Quimioterapia/ Hormonoterapia previa Fecha:

<u>Droga/dosis/ciclos:</u>	<u>Respuesta</u>

--	--

D. TRATAMIENTO ACTUAL CICLO Nro.:

Plan Propuesto (dosis/tiempo):

--

Fundamentación médica de la medicación solicitada:

--

Respuesta esperada:

--

Peso: Talla: Sup corporal:m2

Firma

Sello con Matricula

Médico Oncólogo

CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO (A)

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):.....

DIGO :

Que el Dr/a..... MN..... especialista en
....., me ha informado de forma comprensible acerca del tratamiento con (indicar
los nombres genéricos del/ de los medicamentos terapéuticos)
.....

para la enfermedad o problema (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 el tratamiento requiera ajuste de dosis en el tiempo;
asimismo he sido informado sobre el derecho a participar activamente sobre la prescripción discutiendo
inquietudes o preguntas, como así también a decidir la interrupción de la continuidad de utilización de
la medicación citada.

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 losdías del mes dede 20.....

Firma:

(Paciente/Representante/s legal/es)

Aclaración:

Firma:

(Médico)

Sello: