IOMA

PROGRAMA DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS
TRÁMITE DE EXCEPCIÓN

☐ PROVISIÓN ☐ RECONSIDERACIÓN

☐ REINTEGRO ☐ NIVEL

TRÁMITE Nº _____ REGIÓN _____ FECHA _____

APELLIDO Y NOMBRES DEL AFILIADO _____

Nº DE AFILIADO _____ COSEGURO _____

MEDICAMENTO

NOMBRE COMERCIAL	CONCENT.	F. FARM. UNID/ ENV	NOMBRE GENÉRICO	DOSIS DIARIA	CANTIDAD/ TIEMPO	DURAC.	COSTO
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

DIAGNÓSTICO O PROBLEMA DE SALUD

1.
2.

REQUERIR INFORMACIÓN ADICIONAL Medicamento 1 2 3 4 5 6 7

A) Se solicita ampliación de Historia Clínica por carta confidencial al prescriptor.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

B) Se envía carta confidencial al profesional prescriptor, cuya copia se adjunta.

_____

_____

_____ _____

FIRMA DEL AUDITOR CÓDIGO Nº ☐ FIRMA AUTORIZADA D.T.C.