

DOCUMENTACION SOLICITADA PARA LA COBERTURA DE PACIENTES CON DIABETES

SR./SRA AFILIADO/A:

OSPICA LE INFORMA A USTED QUE PARA ACCEDER AL BENEFICIO QUE SE OTORGA EN CASO DE DISCAPACIDAD LOS REQUISITOS SON LOS SIGUIENTES:

- 1. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA CADA 6 MESES FIRMADA POR MEDICO DE CABECERA O ESPECIALISTA EN ORIGINAL**
- 2. EN EL CASO QUE SE CAMBIARA Y/O AGREGARA MEDICAMENTOS O CAMBIARAN LAS DOSIS DEBERAN PRESENTAR NUEVO RESUMEN DE H.CL**
- 3. PRESCRIPCIÓN MEDICA , DONDE EL PROFESIONAL INDIQUE EN FORMA CLARA LA MEDICACION SOLICITADA EN ORIGINAL:**
 - a) MEDICACION ORAL : INDICAR CON NOMBRE DE LA DROGA, MARCA SUGERIDA, CANTIDAD, Y PRESENTACION DEL MISMO.**
 - b) INSULINAS: INDICAR TIPO , MARCA SUGERIDA, CANTIDAD Y PRESENTACION DE LAS MISMAS**
 - c) TIRAS REACTIVAS / LANCETAS : INDICAR MARCA Y CANTIDAD**
 - d) JERINGAS /AGUJAS : INDICAR CANTIDAD Y ESPECIFICAR TIPO DE AGUJA**

NOTA: LA OBRA SOCIAL TIENE LA OBLIGACION DE DARLE EL SERVICIO, PARA ELLO USTED DEBE CUMPLIR CON LOS REQUISITOS SOLICITADOS.