

## RECETA DE MEDICAMENTOS

### SECCION A. Información que debe ser completada por el Paciente

CORREO (s) ELECTRÓNICO PARA ENVIAR AUTORIZACIÓN

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR:

1ER NOMBRE

2DO NOMBRE

1ER APELLIDO

2DO APELLIDO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:

1ER NOMBRE

2DO NOMBRE

1ER APELLIDO

2DO APELLIDO

EDAD

EMPRESA / PLAN

CARNÉ

(sin guiones)

DPI:

## SECCION B. Información que debe ser completada por el Médico Tratante

FECHA DE CONSULTA: \_\_\_\_\_ FECHA ESTIMADA INICIO ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_

HA SIDO TRATADO ANTES POR ESTA ENFERMEDAD ☐ SI ☒ NO FECHA \_\_\_\_\_

|            |                                        |      |                   |       |            |
|------------|----------------------------------------|------|-------------------|-------|------------|
| Despachado | DIAGNÓSTICO: _____                     |      |                   |       |            |
|            | NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____          |      | MILIGRAMAJE _____ |       |            |
|            | NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ |      | MILIGRAMAJE _____ |       |            |
|            | DOSIS: _____                           |      | CADA _____ HORAS  |       |            |
|            | DURANTE                                | DIAS | SEMANAS           | MESES | INDEFINIDO |
| Despachado | DIAGNÓSTICO: _____                     |      |                   |       |            |
|            | NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____          |      | MILIGRAMAJE _____ |       |            |
|            | NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ |      | MILIGRAMAJE _____ |       |            |
|            | DOSIS: _____                           |      | CADA _____ HORAS  |       |            |
|            | DURANTE                                | DIAS | SEMANAS           | MESES | INDEFINIDO |
| Despachado | DIAGNÓSTICO: _____                     |      |                   |       |            |
|            | NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____          |      | MILIGRAMAJE _____ |       |            |
|            | NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ |      | MILIGRAMAJE _____ |       |            |
|            | DOSIS: _____                           |      | CADA _____ HORAS  |       |            |
|            | DURANTE                                | DIAS | SEMANAS           | MESES | INDEFINIDO |
| Despachado | DIAGNÓSTICO: _____                     |      |                   |       |            |
|            | NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____          |      | MILIGRAMAJE _____ |       |            |
|            | NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ |      | MILIGRAMAJE _____ |       |            |
|            | DOSIS: _____                           |      | CADA _____ HORAS  |       |            |
|            | DURANTE                                | DIAS | SEMANAS           | MESES | INDEFINIDO |
| Despachado | DIAGNÓSTICO: _____                     |      |                   |       |            |
|            | NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____          |      | MILIGRAMAJE _____ |       |            |
|            | NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ |      | MILIGRAMAJE _____ |       |            |
|            | DOSIS: _____                           |      | CADA _____ HORAS  |       |            |
|            | DURANTE                                | DIAS | SEMANAS           | MESES | INDEFINIDO |

No. DE MEDICAMENTOS ORDENADOS

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE

COLEGIADO No.  TELÉFONO  FAX

CORREO ELECTRÓNICO

FIRMA Y SELLO

## IMPORTANTE

**PARA EL PACIENTE:**

\* Recuerde que el médico es la única persona autorizada para completar información médica.

\* Para consultar proveedores visite nuestra página [proveedores.mediprosos.com](http://proveedores.mediprosos.com), APP o bien consulte con su corredor de seguros y/o Aseguradora.

\* Recuerde que la receta tiene vigencia **30 días hábiles** para trámite de autorización.

**PARA EL MÉDICO:**

\* Indicar el número de medicamentos ordenados y anular los campos que no utilice

\* Ordenar únicamente medicamentos relacionados con el diagnóstico

## RECOMENDACIONES IMPORTANTES PARA EL MÉDICO, PACIENTE Y FARMACIA

### CONSULTE CON SU EMPRESA O CORREDOR DE SEGUROS ANTES DE UTILIZAR NO TODOS LOS AFILIADOS PUEDEN HACER USO DE ESTE SISTEMA

#### **¿Qué es?:**

Es un mecanismo de compra de medicamentos en farmacias de pago directo Mediprosesos, en el cual ya no es necesario previa autorización.

#### **Limitaciones:**

##### **Medicamentos con limitaciones de cobertura que no pueden ser despachados sin previa autorización**

- De origen natural
- Preventivos (Profilácticos)
- Hormonales y para ovulación
- De tipo dental y periodontal (Abscesos dentales y/o en encías, gingivitis)
- De origen psiquiátrico (Tranquilizantes, ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, inductores del sueño, psicoestimulantes, etc.)
- De tipo cosmético (Hidratantes, humectantes, limpiadoras, protectores solares, despigmentantes, dermoprotectores, emolientes, etc.)
- Productos de venta popular (Alcohol isopropílico, agua oxigenada, Alka seltzer, Sal Andrews etc.)
- Vitaminas y minerales
- Reconstituyente, bioenergétizantes y suplementos alimenticios
- Vacunas e Inmunostimulantes
- Estimulantes o depresores del apetito
- Alimentación especial: leches
- Lubricantes vaginales
- Anticonceptivos
- Productos de laboratorios de medicina alternativa

#### **Diagnósticos:**

- Embarazo
- Impotencia sexual / Disfunción eréctil
- Acné
- Fertilidad
- Cáncer
- Disfunción de articulación temporo mandibular
- Osteopenia
- Melasma, cloasma
- Menopausia y andropausia
- Cicatriz queloides
- Calvicie o alopecia (Tratamientos para la caída del cabello)
- Sobrepeso y obesidad
- Pubertad precoz y/o talla corta

#### **Medicamentos específicos:**

- Synvisc
- Olter
- Bonviva
- Lucrin Depot
- Ferinject
- Eritropoyetina
- Aclasta
- Invanz
- Filgastrim
- Clexane

#### **OTRAS INDICACIONES:**

##### **Paciente:**

1. Presentar Carné de Identificación o APP
2. Presentar formulario original
3. Completar la sección "A" con los datos generales

##### **Médico:**

1. Llenar el formulario con letra legible
2. Indicar miligramaje
3. Indicar dosis y periodicidad
4. Colocar nombre, firma y sello