

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

- 1º. Primero debe bajar de **Decargas** de la página web los formularios de: "SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS" y "CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO(A)". Los mismos también están disponibles en las Agencias zonales. Ver la página web <http://www.unionpersonal.com.ar/application/mods/agencias/>.
 - 2º. En el "SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS" complete Ud. 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. La documentación completa deberá ingresarla a través de la página web de Unión Personal o Accord Salud Autogestión - Autorizaciones, en el ítem de Oncología, o bien dirigirse a la Agencia más cercana a su domicilio.
- **Delegaciones de Unión Personal/Accord Salud** para el 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:

- Formulario completo y consentimiento informado (A), firmado y sellado por el profesional oncólogo u onco-hematólogo y el afiliado que padece la enfermedad.
- Copia del informe de los estudios complementarios con los que se arribó al diagnóstico (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.
- Receta médica del medicamento (copia), según se especifica en el punto 2º.
- Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
- Copia de la credencial de afiliado.

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 para la entrega del medicamento del 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 en la institución donde se aplicará la medicación.
- 7º. Para la continuidad de la medicación deberá presentar la receta mensualmente con los datos completos: Nombre y Apellido, número de afiliados, droga por genérico y cantidad, firma y sello del profesional. La gestión se puede realizar por la página web en Autorizaciones Oncología o en las Agencias de todo el país.
- 8º. La medicación para el tratamiento del dolor puede tramitarse a través de la página web Autorizaciones - Oncología o presencial en las Agencias de Unión Personal y Accord Salud de todo el país 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). Para el mayor confort del paciente, 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:

| Descripción |
|-------------|
| |
| |
| |

Radioterapia previa Fecha:

| Descripción | Respuesta |
|-------------|-----------|
| | |
| | |
| | |
| | |

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
Médico Oncólogo

Sello con Matricula

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 losdías del mes dede 20.....

Firma:
(Paciente/Representante/s legal/es)
Aclaración:

Firma:
(Médico)
Sello: