

Enfermedad de Fabry: ¿Cómo hacer para tramitar la medicación cuando los tratamientos convencionales no han alcanzado el efecto deseado o han fallado?

- 1º. Primero debe descargar de la página web los archivos de la patología “MEDICACIÓN PARA ENFERMEDAD DE FABRY”, o retirarlo en las delegaciones de Unión Personal y 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/>
- 2º. Verifique que la medicación que le solicita su médico sea cualquiera de los siguientes medicamentos:
 - **AGALSIDASA BETA**
 - **AGALSIDASA ALFA**Si no encuentra el medicamento en la lista puede deberse a que el mismo está por nombre comercial; consulte con su médico.
- 3º. La receta del medicamento además de contener los datos habituales deberá constar el D.N.I. y Diagnóstico.
- 4º. En el FORMULARIO DE SOLICITUD DE MEDICAMENTOS ESPECIALES complete Ud. con letra clara TODOS los datos solicitados en la sección A) del formulario y C). El afiliado titular y el solicitante (afiliado que padece la enfermedad) deben firmar dónde corresponda en el formulario.
- 5º. Su médico de cabecera de cartilla u hospital público debe completar en el formulario la sección B) y a continuación, el médico debe completar el formulario con fecha, firma y sello. Además, debe realizar un breve resumen de historia clínica con datos que motiven el pedido.
- 6º. La entrega de la totalidad de la documentación detallada en el punto 7, deberá realizarse a través de la página **web de Union Personal o Accord Salud de acuerdo a su plan de afiliación ingresando a: AUTOGESTIÓN – AUTORIZACIONES – NUEVA AUTORIZACION – MEDICAMENTOS ALTO COSTO**. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de Unión Personal/Accord Salud.
- 7º. Documentación que debe presentar:
 - Formulario completo y consentimiento informado, firmado y sellado por el afiliado titular, el afiliado que padece la enfermedad y el médico.
 - Resumen de Historia Clínica completo, actualizado y con letra legible (original) firmada y sellada por el médico especialista contenga los siguientes datos: a. Datos del Beneficiario (Nombre, apellido o codificación si correspondiere, número de beneficiario, número de documento, edad, sexo y categoría del mismo). b. Diagnóstico. c. Antecedentes de la enfermedad, estado actual, detallando el estado funcional, complicaciones y/o comorbilidades. d. Detalle del tratamiento indicado (completo). e. Fundamentación médica del uso de la medicación específica sobre la cual se solicita cobertura, con detalle de dosis diaria y mensual requerida. f. Tiempo de tratamiento previsto.
 - Receta médica del medicamento de acuerdo a lo indicado en el punto 3.
 - Recibos de pago de monotributo de los últimos 6 (seis) meses si esta circunstancia tributaria estuviera vinculada con la afiliación.
 - Fotocopia de credencial de afiliado.

POR FAVOR, GUARDE TODA LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL QUE NOS ENVÍA. EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS, UNIÓN PERSONAL/ACCORD SALUD PODRÁ SOLICITARLE QUE ENTREGUE LA MISMA PARA CONTINUAR SU TRÁMITE.

- 8º. Para la provisión mensual, debe remitir la receta con 7 a 10 días hábiles de antelación a través de la página **web de Union Personal o Accord Salud de acuerdo a su plan de afiliación ingresando a: AUTOGESTIÓN – AUTORIZACIONES – NUEVA AUTORIZACION – MEDICAMENTOS ALTO COSTO**. En caso de optar por entregarlo personalmente podrá dirigirse a las Agencias de Unión Personal/Accord Salud.

EXCEPTO QUE EL SECTOR MEDICAMENTOS ASÍ SE LO PIDA, LA RECETA ORIGINAL DEL MEDICAMENTO DEBE QUEDAR EN SU PODER, YA QUE SIN ESTA LA FARMACIA NO PODRÁ HACER ENTREGA DEL MEDICAMENTO

- 9º. Para renovar el pedido y continuar con el tratamiento, Ud. debe repetir el mismo procedimiento el 1º semestre de enero a junio y el 2º semestre de julio a diciembre.

SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS ESPECIALES

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

A) DATOS DEL AFILIADO

Apellido y Nombre:
Afiliado N°:..... Plan: Edad:..... Sexo:.....
Tipo y N° Documento:..... Dirección:
Te.: Localidad: Pcia.:
Mail:.....

B) DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO

Medico solicitante:MN:
Institución:
Diagnóstico:
Genérico:..... Presentación:.....
Dosis diaria:Dosis semanal:.....Dosis mensual:Peso:.....Altura:.....
Tiempo estimado de tratamiento:

Firma y sello
Medico solicitante

Firma y sello
Institución

C) DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombre:
D.N.I.:
Domicilio en:
Localidad:
Parentesco:

Por la presente asumo el compromiso de entregar a Unión Personal la documentación requerida, según lo establecido en el punto 8.5 de la Resolución. 939/00 del Ministerio de salud, cuya copia recibo en este momento, tomando conocimiento y notificándome de su contenido. Asimismo asumo el compromiso de completar todos los trámites posteriores necesarios que Unión Personal me solicite para cumplir con los requerimientos de la Administración de Programas Especiales, actual Unidad Coordinadora de Gestión, de la Superintendencia de Servicios de Salud. La entrega de la documentación requerida es condición esencial para que se brinde la cobertura, de modo que, de no cumplir con ello, asumo los riesgos correspondientes deslindando de toda responsabilidad a la Obra Social Unión Personal.

AUTORIZO EXPRESAMENTE POR LA PRESENTE, EL TRATAMIENTO INDICADO

FIRMA:ACLARACION:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente (nombre/s y apellido/s)..... de..... años
de edad, con domicilio en
.....DNI y N° 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):.....

DECLARO:

Que el Dr. MN..... especialista en
....., me ha informado de forma comprensible acerca del
tratamiento con la medicación (indicar nombre genérico)
para la patología (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 la
dosis del medicamento pueda requerir ser ajustada en el tiempo; asimismo he sido informado
sobre el derecho a participar activamente en mi tratamiento discutiendo inquietudes o
preguntas, como así también a decidir la interrupción de la continuidad de utilización de la
medicación.

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 legal)

Aclaración:

Firma:
(Médico)

Sello: