FORMULARIO DE SOLICITUD

Cobertura de *anticoncepción*

Care Salud

Fecha de solicitud: ____ / ____ / _____

01 DATOS DEL AFILIADO

Apellido y nombres

N.° de afiliado | DNI | Edad

Teléfono | E-mail

02 TRATAMIENTO INDICADO *Marcá el método e indicá principio activo y presentación*

Método	Principios activos	Presentación	Uso de Auditoría Médica
☐ Anticonceptivo oral			
☐ Implante subdérmico			
☐ DIU de cobre			
☐ DIU medicado [1]			

[1] *DIU medicado: adjuntar diagnóstico que justifique la prescripción, con documentación respaldatoria.*

03 ESTUDIOS *Vigentes según las recomendaciones de control*

Estudio	Resultado		Fecha de realización
Papanicolaou (PAP)	☐ Normal	☐ Anormal	____ / ____ / _____
Ecografía mamaria	☐ Normal	☐ Anormal	____ / ____ / _____
Mamografía	☐ Normal	☐ Anormal	____ / ____ / _____

04 OBSERVACIONES

05 DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

Apellido y nombres

Matrícula (M.N. / M.P.) | Especialidad

Teléfono de contacto | E-mail

Institución

Firma y sello del médico

CONDICIONES DE COBERTURA

Declaración jurada. Este formulario tiene carácter de declaración jurada y es condición necesaria para autorizar la cobertura del programa.

Receta. Adjuntá la receta vigente para su validación.

Retiro en farmacia. La cobertura se hace efectiva presentando la receta vigente. Se pueden retirar hasta 3 (tres) envases por mes, con un máximo de 13 (trece) envases cada 12 meses.

Métodos implantables. Auditoría Médica evalúa cada caso en particular, a partir de la solicitud y la documentación respaldatoria.

USO EXCLUSIVO DE CARE SALUD

N.° de autorización: _____ Vencimiento: ____ / ____ / _____