

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 _____ FECHA: NO _____

Despachado	DIAGNÓSTICO: _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE: _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE: _____ DOSIS: _____ CADA _____ HORAS DURANTE <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">DIAS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">SEMANAS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">MESES</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">INDEFINIDO</div>
Despachado	DIAGNÓSTICO: _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE: _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE: _____ DOSIS: _____ CADA _____ HORAS DURANTE <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">DIAS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">SEMANAS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">MESES</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">INDEFINIDO</div>
Despachado	DIAGNÓSTICO: _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE: _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE: _____ DOSIS: _____ CADA _____ HORAS DURANTE <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">DIAS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">SEMANAS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">MESES</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">INDEFINIDO</div>
Despachado	DIAGNÓSTICO: _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE: _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE: _____ DOSIS: _____ CADA _____ HORAS DURANTE <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">DIAS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">SEMANAS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">MESES</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">INDEFINIDO</div>
Despachado	DIAGNÓSTICO: _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE: _____ NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE: _____ DOSIS: _____ CADA _____ HORAS DURANTE <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">DIAS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">SEMANAS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">MESES</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">INDEFINIDO</div>

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 www.elroble.com, APP o bien consulte con su corredor de seguros.
- * 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 MEDICO, 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 RobleRed, 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 Inmunoestimulantes
- 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