

## SUB. DE SALUD: Modalidad de autorización de medicamentos para planes especiales

Teniendo en cuenta la etapa actual de la cuarentena que estamos atravesando, Sub. de Salud nos informa la **modalidad de autorización de medicamentos para planes especiales**.

Esta modalidad de solicitud de autorización tiene como objetivo mejorar los circuitos de auditoría, permitiendo de esta manera que todas las solicitudes puedan ser evaluadas por un médico auditor, que el afiliado cuente con su plan de entrega por 6 meses y reducir el trabajo administrativo de las farmacias prestadoras, que vienen colaborando activamente en este proceso.

**En esta nueva modalidad la solicitud de autorización de planes especiales, las farmacias ya no enviarán las solicitudes de autorización como venían trabajando. Esta tarea de solicitud de cobertura estará a cargo del afiliado o del médico tratante.**

**Las farmacias sólo podrán solicitar auditoría de los siguientes trámites:**

- PMI
- CUPO DE RECETAS
- DISCAPACIDAD

La solicitud de estas recetas deberá ser enviada vía mail a las siguientes direcciones adjuntando receta e historia clínica:

Trámite	Mail
PMI (ver normativas gales.)	<a href="mailto:maternoinfantil@ipsst.gov.ar">maternoinfantil@ipsst.gov.ar</a>
Discapacidad	<a href="mailto:discapacidad@ipsst.gov.ar">discapacidad@ipsst.gov.ar</a>
Ampliación de cupo Ambulatorio	<a href="mailto:auditoriarecetas@ipsst.gov.ar">auditoriarecetas@ipsst.gov.ar</a>

## INFORMACIÓN PARA EL AFILIADO:

1.- En el caso de solicitar AUTORIZACIÓN DE LOS PLANES ESPECIALES (diabetes, crónico, miastenia, esclerosis, artritis reumatoidea, inmunocomprometidos, oncológico etc.) comunicar lo siguiente:

EL médico tratante o en su defecto el afiliado, debe enviar vía e-mail la solicitud de autorización al mail: [dpgrm.ingresos@ipsst.gov.ar](mailto:dpgrm.ingresos@ipsst.gov.ar) **En el mismo consignar:**

- **En asunto:** nombre, dni del paciente y plan al que pertenece o desea ingresar.
- **Enviar en archivo adjunto**, recetas e historia clínica con firma y sello de médico tratante.
- **Adjuntar** estudios de diagnóstico y/o seguimiento.
- **Consignar:** celular y mail de contacto del paciente. □ **Todo en un único mail.**

2.- En caso de autorización en el plan AMBULATORIO CON AUDITORIA PREVIA (tiras, ensure, sildenafil, tadalafilo, más cantidad por renglón, etc)

El afiliado debe solicitar la autorización vía e-mail a la siguiente dirección:

[dpgrm.ingresos@ipsst.gov.ar](mailto:dpgrm.ingresos@ipsst.gov.ar) **En el mismo consignar:**

- **En asunto:** Ambulatorio con auditoría previa + nombre, dni del paciente.
- **Enviar en archivo adjunto**, recetas e historia clínica con firma y sello de médico tratante.
- **Adjuntar** estudios de diagnóstico y/o seguimiento según corresponda.
- **Cuerpo del mensaje:** consignar celular y mail de contacto del paciente.
- **Todo en un único mail.**

3.- En los casos que el afiliado refiera que ya envió la solicitud y no tuvo respuesta o no tiene su plan de entrega para retirar sus medicamentos con la cobertura habitual.

Se deberá comunicar al siguiente teléfono:

**Atención al afiliado: 0800 888 4777**