

# Farmacia en Movimiento



**AUXIMED**

medicina en sus manos seguro

**Presentación  
de Servicios**

# Quienes Somos

**AUXIMED** es un sistema farmacéutico diseñado para llevar los medicamentos recetados a las Manos de las Personas con Enfermedades Crónicas y Agudas que requieren seguir tratamientos prolongados para mantener su salud y calidad de vida



# Cómo Hacemos

➤ **AUXIMED** lleva por Ud la información de cada asegurado o afiliado registrado durante la vigencia de su tratamiento:

- ✓ Ficha conteniendo los datos de identificación de la persona, plan de salud afilado, patología, y relación de los medicamentos con su posología diaria
- ✓ Copia de la cédula de identidad del asegurado y beneficiario
- ✓ Copia del informe y tratamiento médico
- ✓ Copia del récipe y posología emitida por el médico

The diagram illustrates the flow of documents from the Beneficiario and Asegurado (with their Cédula de Identidad) to the final outputs: Récipe y Posología, Tratamiento, and Informe Médico.

**Ficha del Asegurado**

Fecha: \_\_\_\_\_

**Datos del Asegurado**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nº CI: \_\_\_\_\_

Sexo: (P = M) Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Informe Médica - Fecha Emisión: \_\_\_\_\_ Tratamiento: C A

Sitio de Atención Do Sa Email: \_\_\_\_\_ Nº Cel: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Número de Otra Persona Contacto: \_\_\_\_\_ Nº Cel: \_\_\_\_\_

**Compañía de Seguro**

Aseguradora: \_\_\_\_\_ Colectivo: \_\_\_\_\_

Titular: \_\_\_\_\_ Beneficiario: \_\_\_\_\_

**Patología**

|   |   |
|---|---|
| 1 | 4 |
| 2 | 5 |
| 3 | 6 |

**Recipe y Posología**

|    | Código | Medicamento Recetado | Posología | Cantidad Requerida |
|----|--------|----------------------|-----------|--------------------|
| 1  |        |                      |           |                    |
| 2  |        |                      |           |                    |
| 3  |        |                      |           |                    |
| 4  |        |                      |           |                    |
| 5  |        |                      |           |                    |
| 6  |        |                      |           |                    |
| 7  |        |                      |           |                    |
| 8  |        |                      |           |                    |
| 9  |        |                      |           |                    |
| 10 |        |                      |           |                    |

**Anexos**

|                     | SI | No | Elaborado por | Verificado Por |
|---------------------|----|----|---------------|----------------|
| Cédula de Identidad |    |    | Prima y Fecha | Prima y Fecha  |
| Informe Médico      |    |    |               |                |
| Recipe Médico       |    |    |               |                |
| Otros Médicos       |    |    |               |                |
| Otro                |    |    |               |                |

Original: Anexo a Expediente del Paciente

# Contáctenos

- El Colegio tendrá un Código Corporativo con el que podrás afiliarte, contacta:



- ✓ **Correo electrónico:** [Informacion@auximed.com](mailto:Informacion@auximed.com)  
Maribel de Acevedo (0414-2328319)
- ✓ **Oficina:** Calle Pantin, Edif. Galerías Pantin, PB, Local S/N, Chacao, Caracas. (0212)264.7633 (0212)267.5913 (0212)267.4545  
Redes: Página web: [www.auximed.com](http://www.auximed.com)  
Instagram: @AUXIMED  
Twitter: @AUXIMED

- Qué **Información** necesitamos de Ud:

- ✓ El nombre del beneficiario y teléfono contacto (hasta 10 beneficiarios)
- ✓ Copia de las Cédulas de Identidad del asegurado o afiliado titular y su beneficiario
- ✓ Copia Vigente del Informe y Tratamiento Médico
- ✓ Copia Vigente del Récipe Médico indicando el nombre de los medicamentos con sus respectivas indicaciones
- ✓ Su teléfono y dirección de habitación, y la dirección de envío