RECETA PATOLOGÍCAS CRÓNICAS

SÓLO VÁLIDO PARA REPETICIÓN DE TRATAMIENTOS EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS

1. El presente formulario está diseñado para que el médico tratante registre la patología crónica prevalente y la prescripción de medicamentos correspondientes a la misma a fin de que el paciente pueda acceder a la cobertura Según Res. 310 y modificaciones.
2. Los medios para enviar formularios son: por correo electrónico a asistencia@audifarmsalud.com.ar
   Para evacuar cualquier consulta comuníquese al 011-3985-5439. En horario de 8 a 17hs, los días hábiles.
3. Ponemos a su disposición nuestra pagina web, **(www.ospip.org.ar)** donde podrá encontrar los protocolos en uso e, información útil a los fines de cumplimentar las normas de uso que avalan los programas en los que usted inscribe a su paciente.

OBRA SOCIAL (SIGLAS) **Nº S.S.S**

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO NOMBRE SEXO F M

DOC.TIPO NRO. FECHA DE NACIMIENTO

Nº AFILIADO TELÉFONO

CALLE Nº PISO DPTO. COD. POSTAL

BARRIO LOCALIDAD PROV.

E-MAIL
(CORREO ELECTRÓNICO)

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

APELLIDO NOMBRE

MATRÍCULA ESPECIALIDAD

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL / ACLARACIONES _____

_____

TRATAMIENTO SOLICITADO

MONODROGA	POTENCIA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES

***Es requisito indispensable adjuntar copia del certificado de discapacidad a los fines de una correcta auditoria.**

NOTA: Prescripción: "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración.
(Ley 25649, art. Segundo).

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO