

• **Los medios para enviar formularios son:** por correo electrónico a **asistencia@audifarmsalud.com.ar**  
Por **WhatsApp** al:\*\*\*\*\* Para evacuar cualquier consulta comuníquese al **011-3985-5439**, en el horario de 8:00 a 17:00hs, los días hábiles.

## DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (para ser completado por el médico)

**APELLIDO** \_\_\_\_\_ **NOMBRE** \_\_\_\_\_  
**MATRICULA** \_\_\_\_\_ **ESPECIALIDAD** \_\_\_\_\_  
**INSTITUCIÓN** \_\_\_\_\_  
**DOMICILIO, LOCALIDAD, PROV.** \_\_\_\_\_  
**TELÉFONO** \_\_\_\_\_ **TEL. CELULAR** \_\_\_\_\_  
**EMAIL** (correo electrónico) \_\_\_\_\_

## DATOS DEL BENEFICIARIO

**NOMBRE Y APELLIDO:** \_\_\_\_\_ **DNI:** \_\_\_\_\_ **N° BENEFICIARIO:** \_\_\_\_\_  
**N° CUIL:** \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_ **TELEFONO:** \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO		
TIPO	TIPO 1	TIPO 2
FECHA DE DIAGNÓSTICO		
EDAD AL DIAGNÓSTICO		
DISLIPEMIA	SI	NO
OBESIDAD	SI	NO
TABAQUISMO	SI	NO

COMPLICACIONES	FECHA	
HIPERTROFIA VENTRICULAR	SI	NO
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	SI	NO
ACCIDENTE CARDIOVASCULAR	SI	NO
RETINOPATÍA	SI	NO
CEGUERA	SI	NO
NEUROPATÍA PERIFÉRICA	SI	NO
AMPUTACIÓN	SI	NO
NEFROPATÍA	SI	NO
DIÁLISIS	SI	NO
TRANSPLANTE RENAL	SI	NO

ESTUDIOS	FECHA		
Glucemia en Ayunas			
HBa1c			
LDLc			
Triglicéridos			
Microalbuminuria	Sin Datos	Normal	Patológico
TA Sistólica			
TA Diastólica			
Creatinina Sérica	Sin Datos	Normal	Retinopatía Diabética
Fondo de ojo			
Peso			
Talla			
Circunf. Abdominal			

TRATAMIENTO		
Automonit. Glucémico	SI	NO
Actividad Física	SI	NO
Cumple adecuadamente Trat.	SI	NO
Fármacos Antihipertensivos	SI	NO
Fármacos Hipolipemiantes	SI	NO
Ácido Acetil Salicílico	SI	NO
Hipoglucemiantes	SI	NO
Insulina Basal	SI	NO
Insulina de Corrección	SI	NO

TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS	CAJAS MENS.	AÑO INICIO
INSULINAS PRANDIALES	CTE			U.I		
	ASPÁRTICA			U.I		
	GLULISINA			U.I		
	LISPRO			U.I		
INSULINAS BASALES	NPH			U.I		
	GLARGINA			U.I		
	DETEMIR			U.I		
	DEGLUDEC			U.I		
INSULINAS MIXTAS	NPH + CTE			U.I		
	ASPÁRT. BIF.			U.I		
	LISPRO MIX			U.I		
HIPOGLUCEM. ORALES	METFORMINA			mg		
	GLIMEPIRIDE			mg		
	GLIPIZIDA			mg		
	GLICLAZIDA			mg		
	VILDAGLIPTINA			mg		
	SITAGLIPTINA			mg		
ACCESORIOS	TIRAS REACTIVAS			d/a		
	AGUJAS DESC.			d/a		
	LANCETAS			d/a		
GLUCAGÓN						
OTROS TRATAMIENTOS						

## FUNDAMENTACIÓN MÉDICA DEL USO DE LA MEDICACIÓN

Sello y Firma del Profesional

Fecha

Firma del Beneficiario

- La presente planilla otorga cobertura por un periodo de seis meses, debiendo completarse nuevamente luego de dicho periodo.
- Por cambio de medicación y/o dosificación debe volver a presentarse. El paciente deberá presentar mensualmente el pedido de medicación o insumos que correspondan con los informados en la solicitud. Se deben adjuntar los informes de laboratorio que avalen los datos aquí volcados. Se recuerda que el profesional debe pertenecer a la Obra Social.

**PARA SER COMPLETADO POR LA FARMACIA**

**DISPENSA Y LIQUIDACIÓN DE FARMACIA:** COMPLETAR PERIODO DISPENSADO EN COPIA Y ORIGINAL

1° PERIODO DE TRATAMIENTO (Mes - Año)

4° PERIODO DE TRATAMIENTO (Mes - Año)

2° PERIODO DE TRATAMIENTO (Mes - Año)

5° PERIODO DE TRATAMIENTO (Mes - Año)

3° PERIODO DE TRATAMIENTO (Mes - Año)

6° PERIODO DE TRATAMIENTO (Mes - Año)

TROQUELES	PRECIO UNIT.	TOTAL
<b>TOTAL DE LA RECETA</b>		
<b>A CARGO DEL BENEFICIARIO</b>		
<b>A CARGO DE LA O.S.</b>		

**Certifico entrega de los  
medicamentos facturados**

Sello y Firma del Farmacéutico

**DATOS A COMPLETAR**

Beneficiario  Tercero Interviniente

Firma conforme:

Aclaración:

Tipo y N° de Doc.:

Domicilio:

Teléfono:

**NORMATIVAS  
PARA LA  
DISPENSA**

\* El beneficiario deberá acercarse a O.S.P.I.P. a fin de solicitar (o bajar de la WEB) la "Ficha+Receta" en donde el médico tratante completará todos los datos indicados en la misma.

\* La prescripción se realizará según las monodrogas cubiertas indicando la dosis mensual, valido para el tratamiento de seis meses.

\* El beneficiario concurrirá a la farmacia de la red habilitada para tal destino, munido de la "Ficha+Receta", Documento de Identidad y Credencial de Obra Social.

\* La farmacia deberá dispensar por periodo mensual el tratamiento según el siguiente esquema:

**Del 1° al 5° Periodo:** se realizará fotocopia de la "Ficha+Receta" y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.

**6° Periodo:** se dispensará el sexto mes de tratamiento y se retendrá la "Ficha+Receta" original.

\* A partir del sexto periodo, el beneficiario deberá concurrir nuevamente al médico tratante para gestionar una nueva "Ficha-Receta" semestral y así sucesivamente.

\* En caso de cambio de medicación durante el semestre, el beneficiario deberá concurrir nuevamente a la delegación más próxima a su domicilio a fin de confeccionar la nueva "Ficha+Receta", con una nueva validez semestral.

\* Solamente se reconocerán los medicamentos incluidos en el Vademécum de O.S.P.I.P.