

Medicamentos Destinados a Patologías Crónicas Prevalentes

AFILIADO

Apellido y nombres: _____

N° Afiliado: _____ **Titular:** _____

() Filar.Directo () Filar.a Cargo **Edad:** _____ **Sexo:** _____ **Estado Civil:** _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ **CP:** _____

_____ **Aclaración:**

_____ **N° Afiliado:**

Firma del Responsable _____ **DNI:**

Recuerde Adjuntar Fotocopia de: Recibo de sueldo, Carnet del Afiliado, Certificado de Discapacidad, Estudios Previos.

Lugar.....Dia.....de.....de 20.....

MEDICO TRATANTE

TRATAMIENTO (consignar todos los datos)

	Droga (Nombre Genérico)	Miligramos	Comprimidos x Día	Dictamen de Auditoría
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Apellido y nombres: _____		
Domicilio: _____	Localidad: _____	
Telefono: _____	Horario Consulta: _____	Firma y Sello Profesional

Adjuntar Formulario + copia de Receta especificando Droga (nombre Genérico),prescripta de puño y letra por el profesional tratante.

Ley 25.649-Medicamentos Genéricos. 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.