



FORMULARIO DE ANTICONCEPTIVOS

Deben completar el formulario, lo envían por mail a **medicacion@osvareadores.com.ar**, se autoriza y pueden retirar la medicación por 3 meses con el mismo formulario.

Datos de la paciente:

Fecha:

Apellido y Nombre: Afiliado N°:

Titular Familiar Fecha de nacimiento: DNI: CUIL:

Domicilio

Localidad CP TEL

DIAGNOSTICOS (Códigos según Res. 331/04) GRUPO 4

#	MONODROG RAS	MARCA	#	MONODROG RAS	MARCA
01	Acetato de medroxiprogesterona		09	Etinilestradiol + acetato de ciproterona	
02	Etinilestradiol + dihidroxiprogesterona Acetofenido / estradiol enantato		10	Etinilestradiol + + acetato de Medroxiprogesteron /cipionato de estradiol	
03	Etinilestradiol + gestodeno		11	Etinilestradiol + desorgestrel	
04	Etinilestradiol + levonorgestrel		12	Etinilestradiol + enantato de noretisterona /valerato de estrdiol + norgestimato levonorgestrel	
05	Levonorgestrel		13	Etinilestradiol + norgestimato	
06	Linestrenol		14	Drospirenona + etinilestradiol	
07	Norgestrel		15	Desogestrel	
08	Drospirenona				

Resumen de H.C.:

Datos del médico tratante:

Apellido y Nombre:

Matricula: M.P: M.N Código de prestador de la O.S:

Institución donde asistió al paciente:

Teléfonos del profesional:

❗ IMPORTANTE:

Principios Activos fuera de los incluidos en esta Ficha + Receta NO tienen cobertura y no serán reconocidos.

Tratamiento:

Indicar la prescripción por monodroga cubierta, concentración forma y unidades según dosis mensual

% Liquidación de farmacia

PRINCIPIO ACTIVO Y CONCENTRACIÓN	FORMA	NÚMERO	LETRAS	CANT ENTREGA	PRECIO UNIT.	TOTAL									
Sr. Profesional: Indique períodos de tratamiento: Mes y año		Certifico entrega de los medicamentos facturados		Total de la Receta											
<table border="1"> <tr> <td>1° Período de tratamiento</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2° Período de tratamiento</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 Período de tratamiento</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1° Período de tratamiento			2° Período de tratamiento			3 Período de tratamiento			Sello y firma del farmacéutico		A cargo del Beneficiario		
1° Período de tratamiento															
2° Período de tratamiento															
3 Período de tratamiento															
Sello y firma del profesional		Dispensa y liquidación de farmacia		A cargo de la O.S.											
DATOS A COMPLETAR:		<table border="1"> <tr> <td>1° Príodo de tratamiento <small>(CON COPIA DE LA FICHA)</small></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2° Príodo de tratamiento <small>(CON COPIA DE LA FICHA)</small></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3° Príodo de tratamiento <small>(CON COPIA DE LA FICHA)</small></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		1° Príodo de tratamiento <small>(CON COPIA DE LA FICHA)</small>			2° Príodo de tratamiento <small>(CON COPIA DE LA FICHA)</small>			3° Príodo de tratamiento <small>(CON COPIA DE LA FICHA)</small>			TROQUEL		
1° Príodo de tratamiento <small>(CON COPIA DE LA FICHA)</small>															
2° Príodo de tratamiento <small>(CON COPIA DE LA FICHA)</small>															
3° Príodo de tratamiento <small>(CON COPIA DE LA FICHA)</small>															
Beneficiario <input type="checkbox"/> Tercero interviniente <input type="checkbox"/>															
Firma conforme: <input type="text"/>															
Aclaración: <input type="text"/>															
Tipo y N° de Doc.: <input type="text"/>															
Teléfono: <input type="text"/>															

NORMATIVAS PARA LA DISPENSA

- El beneficiario deberá solicitar 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 tres 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:
1º Periodo: se realizará fotocopia de la Ficha Receta y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.
2º Periodo: se realizará fotocopia de la Ficha Receta y se procederá a la dispensa del mes correspondiente
3º Periodo: se dispensará el tercer mes de tratamiento y se retendrá la Ficha Receta original.
- A partir del tercer periodo, el beneficiario deberá concurrir nuevamente al médico tratante para gestionar una nueva "Ficha-Receta" trimestral y así sucesivamente.
- En caso de cambio de medicación durante el trimestre, 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 trimestral.
- Solamente se reconocerán los medicamentos incluidos en el Vademécum