



FORMULARIO DE TRATAMIENTO PROLONGADO ANTICONCEPTIVO

Uso exclusivo en Farmacia SOSUNS- Ley Nac. 26862. Decreto 956/13

FECHA:...../...../.....

DATOS DEL AFILIADA/O

N° AFILIADA/O:.....

APELLIDO Y NOMBRES:.....

TIPO Y N° DOCUMENTO:..... FECHA DE NACIMIENTO...../...../.....

DOMICILIO:.....

TELÉFONO FIJO:..... MÓVIL:.....

CORREO ELECTRÓNICO:.....

FICHA MÉDICA

HISTORIA CLÍNICA / DIAGNÓSTICO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FECHA ÚLTIMO PAP:...../...../.....

TRATAMIENTO

MONODROGA	PRESENTACION	DOSIS DIARIA	ENVASES POR MES
-----------	--------------	--------------	-----------------

RP1

No se reconocerán como tratamiento prolongado: analgésicos y psicofármacos.

.....
NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO

.....
FIRMA Y SELLO (donde figure matrícula y especialidad)

REQUISITOS (si no se cumplen estos requisitos, el formulario no tendrá validez)

- El presente formulario será válido cuando haya sido completado en su totalidad exclusivamente por el médico tratante.
- Habilitado para todos los planes.
- Si el médico modifica la dosis y/o concentración de un medicamento, deberá confeccionar una nueva planilla.
- Las monodrogas reconocidas son determinadas por la normativa legal vigente del Ministerio de Salud de la Nación y deben requerir tratamiento por un período no inferior a 6 meses.
- No se reconocerán presentaciones diferentes a las que figuran en la cuponera.
- El Tratamiento Prolongado tendrá validez anual a partir de la fecha de presentación con excepción de los hijos entre 21 y 25 años (31 de mayo de cada año) o por fin de contrato o designación antes del tiempo previsto.

RESERVADO SOSUNS Certifico que la presente solicitud y los datos consignados en ella fueron verificados siendo todos ellos correctos.

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE:

FECHA VTO:...../...../.....

FIRMA Y ACLARACIÓN TITULAR

USO EXCLUSIVO SOSUNS

Fecha...../...../..... RECEPCIÓN DEL FORMULARIO DE TRATAMIENTOS PROLONGADOS.

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO (marque con una X lo que corresponda)

- Titular Familiar N° Af.:.....
- Obligatorio (empleados: UNS / SOS / DCP / FUNDS)
- Adherente (Hija/o Art. 8° / Pasantes / Coro / Becarios / Jubilado solo SOS)
- Permanente Contratado Suplente Otro:..... Vencimiento cargo:/...../.....

AUDITORÍA MÉDICA SOSUNS

Fecha...../...../.....

.....
Firma y sello médico auditor

Observaciones:.....
.....

Fecha...../...../..... ENTREGA DE CUPONERA.

.....
Firma y sello responsable