



**FORMULARIO GENERAL DE TRATAMIENTOS PROLONGADOS**

*Uso exclusivo en Farmacia SOSUNS*

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 .....

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**TRATAMIENTO**

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

RP1

RP2

RP3

RP4

*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.
- Pueden presentarlo afiliados obligatorios con Plan A, adherentes con Plan A y jubilados Solo SOS.
- Si es atendido por más de un profesional, cada uno deberá prescribir en un formulario distinto la medicación solicitada.
- 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.
- 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