

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

#	MONODROGRAS	MARCA	#	MONODROGRAS	MARCA
01	Acetato de medroxiprogesterona	<input type="checkbox"/>	08	Etinilestradiol + acetato de ciproterona	<input type="checkbox"/>
02	Etinilestradiol + dihidroxiprogesterona Acetofenido / estradiol enantato	<input type="checkbox"/>	09	Etinilestradiol + + acetato de Medroxiprogesteron /cipionato de estradiol	<input type="checkbox"/>
03	Etinilestradiol + gestodeno	<input type="checkbox"/>	10	Etinilestradiol + desorgestrel	<input type="checkbox"/>
04	Etinilestradiol + levonorgestrel	<input type="checkbox"/>	11	Etinilestradiol + enantato de noretisterona /valerato de estrdiol + norgestimato levonorgestrel	<input type="checkbox"/>
05	Levonorgestrel	<input type="checkbox"/>	12	Etinilestradiol + norgestimato	<input type="checkbox"/>
06	Linestrenol	<input type="checkbox"/>	13	Drospiridona + etinilestradiol	<input type="checkbox"/>
07	Norgestrel	<input type="checkbox"/>	14	Desogestrel	<input type="checkbox"/>

Resumen de H.C:

Datos del medico tratante:

Apellido y Nombre:

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

Institución donde asistio 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 monodrogra 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 1° Período de tratamiento <input type="text"/> 2° Período de tratamiento <input type="text"/> 3° Período de tratamiento <input type="text"/>		Certifico entrega de los medicamentos facturados Sello y firma del farmaceutico			Total de la Receta A cargo del Beneficiario A cargo de la O.S.		
Sello y firma del profesional		Dispensa y liquidación de farmacia 1° Período de tratamiento (CON COPIA DE LA FICHA) <input type="text"/> 2° Período de tratamiento (CON COPIA DE LA FICHA) <input type="text"/> 3° Período de tratamiento (CON COPIA DE LA FICHA) <input type="text"/>					
DATOS A COMPLETAR: 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"/>							

TROQUEL

NORMATIVAS PARA LA DISPENSA

- El beneficiario deberá acercarse a Ética Salud 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 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:
 1° Período: se realizará fotocopia de la Ficha+Receta y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.
 2° Período: se realizará fotocopia de la Ficha+Receta y se procederá a la dispensa del mes correspondiente
 3° Período: 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 de Ética Salud.