

COBERTURA ANTICONCEPCIÓN

Tratamiento Trimestral - Entrega Mensual

Formulario Nro:
Versión 20052026

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA

DATOS DEL PACIENTE:

Fecha:

Apellido y Nombre:

Afiliado N°:

D.N.I. N°:

Plan:

Titular Familiar 

Fecha Nacimiento:

Sexo: M F 

Domicilio:

Localidad:

Tel: **PRINCIPIOS ACTIVOS CORRESPONDIENTES A DIAGNÓSTICOS GRUPO 4 (Códigos Según Res. 331/04)**

PRINCIPIOS ACTIVOS
ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + ACETATO DE CIPROTERONA 2 mgr
ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + DESORGESTREL 0.15 mgr
ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + GESTODENO 0.06/075 mgr
ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + LEVONORGESTREL entre 0.10 y 0.30 mgr
ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + NORGESTIMATO 0.250 mgr
ETINILESTRADIOL entre 0.03 y 0.04 mgr + GESTODENO 0.05-0.1 mgr
ETINILESTRADIOL entre 0.03 y 0.04 mgr + LEVONORGESTREL entre 0.05 y 0.125 mgr
LEVONORGESTREL 0.030 mgr / LINESTRENOL 0.5 mgr

INDICAR CÓDIGOS Y/U OTROS DIAGNÓSTICOS:

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

PRINCIPIO ACTIVO	FORMA	CONTENIDO	POTENCIA	CONSUMO DIARIO EN UNIDADES	DURACION DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD DE ENVASES

SR. PROFESIONAL: Indique Períodos de Tratamiento: Mes y Año 1° Período de Tratamiento:/..... 2° Período de Tratamiento:/..... 3° Período de Tratamiento:/.....	CERTIFICO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS Periodo:/..... Sello y Firma del Farmacéutico		Total de la receta	
			A cargo del	
			A cargo de la O.S.	
DATOS A COMPLETAR Beneficiario <input type="radio"/> Tercero Interviniente <input type="radio"/> Firma conforme: Aclaración: Tipo y N° de Doc.: Domicilio: Teléfono:	Troquel	Troquel	Troquel	
	Troquel	Troquel	Troquel	
	Troquel	Troquel	Troquel	

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Apellido y Nombre:

Matrícula MP: MN:

Institución:

Firma y Sello