

MEDICAMENTO CON COBERTURA ESPECIAL POR  
 DISCAPACIDAD  
 Tratamiento trimestral - Entrega Mensual

Formulario Nro:  
 Versión 02062026



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:

Certificado de Discapacidad: Si  No

Fecha de Vencimiento: / /

PATOLOGIA DISCAPACITANTE:

DIAGNOSTICO / RESUMEN HC:

\* COBERTURA DEL 100% EXCLUSIVAMENTE PARA LA PRESCRIPCION DE MEDICAMENTOS INHERENTES A LAS PATOLOGIAS DISCAPACITANTES

ESQUEMA DE TRATAMIENTO:

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
1						
2						
3						

<b>SR. PROFESIONAL:</b> Indique Períodos de Tratamiento: Mes y Año  1º Período de Tratamiento: ...../.....  2º Período de Tratamiento: ...../.....  3º Período de Tratamiento: ...../.....	<b>CERTIFICO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS</b>  1º Entrega (con copia de receta): Fecha .../.../..... 2º Entrega (con copia de receta): Fecha .../.../..... 3º Entrega (con original de receta): Fecha .../.../.....  ..... Sello y Firma del Farmacéutico		Total de la receta	
			A cargo del	
			A cargo de la O.S.	

<b>DATOS A COMPLETAR</b> 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