

## RECETA DISCAPACIDAD

VÁLIDO SOLO PARA MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON DISCAPACIDAD - COBERTURA 100%

**RENOVACION DEL FORMULARIO: SEMESTRAL**

### DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ sexo F/M  
 DOC. TIPO \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
 N° AFILIADO \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
 CALLE \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_ DPTO. \_\_\_\_\_ COD. POSTAL \_\_\_\_\_ BARRIO \_\_\_\_\_  
 LOCALIDAD \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO) \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_  
 MATRÍCULA \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_

### TIPO DE ENFERMEDAD CAUSAL

CONGÉNITA  DEGENERATIVA MUSCULAR   
 ADQUIRIDA  REUMATOLÓGICA   
 NEUROLÓGICA  PSIQUIATRICA   
 TRAUMATOLÓGICA  OTRA

### SÍNTOMAS DOMINANTES

CONVULSIONES  DEFORMIDAD   
 RETRASO MOTRIZ  DOLOR ARTICULAR   
 RETRASO MENTAL  PSIQUIATRICOS   
 ESPASTICIDAD

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL / ACLARACIONES \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### TRATAMIENTO SOLICITADO

PRINCIPIO ACTIVO	FORMA FARMACEUTICA	DOSIS DIARIA	PORCENTAJE DE DESCUENTO

\* Es requisito indispensable adjuntar copia del certificado de discapacidad a los fines de una correcta auditoria.

#### NOTA

Prescripción: "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración". (Ley 25649, art. segundo).

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL  
 PROFESIONAL MÉDICO

**Solo se podrá retirar la medicación contra la entrega de receta original confeccionada por el profesional.**

CONFECCIONAR EN LETRA DE IMPRENTA