



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA

CÓDIGO DE ENTIDAD: 612

Patologías crónicas, Anticonceptivos, Diabetes y Discapacidad SIN VALIDACIÓN

Informamos que **las coberturas de Patologías crónicas, Anticonceptivos, Diabetes y Discapacidad NO REQUIEREN VALIDACIÓN ONLINE.**

Aquí se indicará el **tipo de cobertura** (Crónicos, Diabetes, etc.)

Los afiliados presentarán el siguiente **Certificado de Autorización:**

Formulario Nro: 6343



DAIOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre: _____ Fecha: _____

Afiliado N°: _____ D.N.I. N°: _____ Plan: Plan Ensalud

Titular: Familiar Fecha Nacimiento: _____ Sexo: M F

Domicilio: ALSINA 2338 Localidad: _____ Tel: _____

INSULINO REQUIRIENTE: Diabetes tipo I NO INSULINO REQUIRIENTE: Diabetes tipo II

Diagnostico: En la prescripción solo pueden ser agregados tres medicamentos

Tratamiento: Indicar la prescripción por monodrogra cubierta (ver vademécum en www.ensalud.org), concentración, forma y unidades según dosis mensual							
PRINCIPIO	FORMA / ORIGEN	CONTENIDO / PRESENTACION	POTENCIA	DOSIS DIARIA	DURACION TRAT.	ENVASES	
Rp1] Insulina	Corriente	Bovina	Frascos x 10 ml				U.I.
		Porcina	Cartuchos x 1.5 ml				U.I.
		Humana	Cartuchos x 3 ml				U.I.
Rp2] Insulina	N.P.H.	Bovina	Frascos x 10 ml				U.I.
		Porcina	Cartuchos x 1.5 ml				U.I.
		Humana	Cartuchos x 3 ml				U.I.
Rp3] Insulina	Otras	Bovina	Frascos x 10 ml				U.I.
		Porcina	Cartuchos x 1.5 ml				U.I.
		Humana	Cartuchos x 3 ml				U.I.
ACCESORIOS							
Tiras reactivas en sangre							/tiras
Lancetas							/lancetas
OTROS							
Rp4] H.G.O.	Glibenclámda						Mg
	Metformina						Mg
	Gliclazida						Mg
	Glimopiride						Mg
	Rosiglitazona						Mg
	Otros:						Mg

INDICAR DETALLE DE DIAGNOSTICO: _____

Para autorizar deben estar completos todos los campos de la hoja 1 y 2

SR. PROFESIONAL: Indique Periodos de Tratamiento: Mes y Año 1º Periodo de Tratamiento:/...../..... 2º Periodo de Tratamiento:/...../..... 3º Periodo de Tratamiento:/...../.....	CERTIFICO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS Periodo:/...../..... Sello y Firma del Farmacéutico: _____	Total de la receta: _____ A cargo del beneficiario: _____ 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.: _____	Troquel	Troquel	Troquel
	Troquel	Troquel	Troquel
	Troquel	Troquel	Troquel

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Apellido y Nombre: _____

Matricula MP: _____ MN: _____

Institución: _____

Firma y Sello

Aclaraciones:

- 1ra. y 2da. entrega: la afiliada deberá presentar fotocopia del certificado de autorización.



- 3ra. entrega: la afiliada deberá presentar certificado original.
- El afiliado deberá firmar el certificado en conformidad al período correspondiente y la farmacia adherir los troqueles correspondientes.
- NO es necesario que la prescripción sea en original.

Sin otro particular, los saludamos muy atentamente.



ANTE CUALQUIER DUDA, COMUNÍQUESE CON NUESTRO SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE | LUNES A VIERNES | 8.30 a 18.30 HS

(011) 4136-9090 | info@csf.com.ar | www.csf.com.ar | www.plataformacsf.com