

# RECETA DISCAPACIDAD

VÁLIDO SOLO PARA MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON DISCAPACIDAD - COBERTURA 100%

FARMANEXUS

OBRA SOCIAL (SIGLAS)

N° S.S.S.

## 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

## TIPO DE ENFERMEDAD CAUSAL

CONGÉNITA  DEGENERATIVA MUSCULAR

ADQUIRIDA  REUMATOLÓGICA

NEUROLÓGICA  PSIQUIÁTRICA

TRAUMATOLÓGICA  OTRA

## SÍNTOMAS DOMINANTES

CONVULSIONES  DEFORMIDAD

RETRASO MOTRIZ  DOLOR ARTICULAR

RETRASO MENTAL  PSIQUIÁTRICOS

ESPASTICIDAD

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL / ACLARACIONES

## TRATAMIENTO SOLICITADO

MONODROGA	POTENCIA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES

\* 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

- Los medios para enviar formularios son: por correo electrónico a [recepcion@farmanexus.com.ar](mailto:recepcion@farmanexus.com.ar) / Por Whatsapp **1132981473**
- Para cualquier consulta comuníquese al **011 50313700 / 0810-345-3276** En horario de 08 a 19 hs los días hábiles.
- Señor profesional: Ponemos a su disposición nuestra página web, ([www.farmanexus.com.ar](http://www.farmanexus.com.ar)) donde podrá encontrar los protocolos en uso, e información útil a los fines de cumplimentar las normas de uso que avalan los programas en los que usted inscribe a su paciente.



GO.PD.FO.11  
VERS.2.VIGENTE 08/05/2017