

Recetario para Medicamentos de uso Crónico

Nombre y Apellido:
Afiliado N°:

Rp/

Principio Activo:
.....
Potencia: mg/
Posología:
Diagnóstico:
Validez del tratamiento:

Principio Activo:
.....
Potencia: mg/
Posología:
Diagnóstico:
Validez del tratamiento:

Principio Activo:
.....
Potencia: mg/
Posología:
Diagnóstico:
Validez del tratamiento:

Fecha:

Firma y sello del médico

NORMAS PARA EL ÁREA PATAGONICA

PROVINCIAS DE CHUBUT, SANTA CRUZ Y TIERRA DEL FUEGO

Luego de ser completado por su médico, este recetario deberá entregarlo en el Centro de Atención al Público (CAP) de OSDIPP más cercano a su domicilio para su autorización. (Como alternativa puede enviarlo al CAP por fax o vía mail.)

Comodoro Rivadavia:

25 de Mayo 964

Tel.: (0297) 4462356 / 447-5545 / 444-4946/4566

crivadavia@osdipp.com.ar ó comodoro@osdipp.com.ar

Caleta Olivia:

San José Obrero 265

Tel.: (0297) 483-5942

caletaolivia@osdipp.com.ar

Rio Gallegos

riogallegos@osdipp.com.ar

Una vez autorizada por la Auditoría Médica de Casa Central, el CAP emitirá una orden para la compra de la medicación en una farmacia de cartilla con el descuento correspondiente a su plan de cobertura o según la cobertura correspondiente a la Res. 310/04 de Ministerio de Salud.

Ud. podrá retirar personalmente la orden autorizada en el CAP o recibirla en el FAX que nos indique.

N° de afiliado:

N. y Apellido:

Dirección:

T.E. de contacto o Celular:

T.E. FAX: