



Caja de Seguridad Social para Escribanos
de la Provincia de Buenos Aires

FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

NOMBRE Y APELLIDO :		N° DE CARNET	EDAD	SEXO	
				F	M
DIAGNÓSTICO O CÓDIGO OMS		TRAT. PROLONGADO SI NO			
MEDICAMENTO O MARCA COMERCIAL ,FORMA FARMACÉUTICA Y DOSIS /UNIDAD		DOSIS/ DÍA	DURACIÓN TRATAMIENTO	N° DE ENVASES	
Rp 1/					
DIAGNÓSTICO O CÓDIGO OMS		PRAT. PROLONGADO SI NO			
MEDICAMENTO O MARCA COMERCIAL ,FORMA FARMACÉUTICA Y DOSIS /UNIDAD		DOSIS/ DÍA	DURACIÓN TRATAMIENTO	N° DE ENVASES	
Rp 2 /					
FECHA DE PRESCRIPCIÓN ____/____/____	TROQUELES				
FIRMA Y SELLO DEL PRESCRIPTOR					
ESPECIALIDAD :					

IMPORTANTE LEER AL REVERSO

POR FAVOR RECUERDE

- ✓ Los campos de la receta deben llenarse en su totalidad.
- ✓ La falta de llenado de alguno de los campos motivara la devolución de la receta y el retraso del reintegro.
- ✓ La indicación de tratamiento prolongado (**rodear con un círculo si corresponde**), autorizará la reiteración de la compra sin nueva receta por el lapso de 6 meses. Esta modalidad se aceptará sólo para **enfermedades crónicas**.
- ✓ El número máximo de envases que se reintegrará mensualmente es el necesario para completar 1 mes de tratamiento.