Protocolo Médico Resolución 007/2014 Anexo I

DECLARACIÓN JURADA ANUAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD AÑO 20

de la Prescripción Médica
(sólo por médico especialista tratante)

Fecha de vencimiento certificado: _____

La presente es obligatoria y reviste el carácter de Declaración Jurada para todas las personas afiliadas a SOSUNC con Discapacidad Certificada conforme a lo establecido en el art. 10 de la Ley 24901.

Datos del Beneficiario

Apellido y Nombre: _____

Afiliado nro: ._____ Edad: _____

Domicilio Legal: _____

Localidad: _____ Tel: _____

Obra Social concomitante a SOSUNC en la coberturas de las Prestaciones Médicas y Farmacológicas: _____

_____

Renovación de cobertura: SI : _____ NO:_____

Diagnóstico y Etiología de la Discapacidad: _____

_____

_____

Tipo de Discapacidad:

Motora:	Mental:	Auditiva:	Visual:	Visceral:	Otros:

Terapias de Salud que prescribe, a realizar durante el año 2017 (según lo establece el Sistema Unificado de Prestaciones Básicas en habilitación y rehabilitación a favor de las Personas con Discapacidad, especificar frecuencia semanal y si hay alguna fuera de la zona de residencia).

1._____

2._____

3.-_____

4.-_____

5.-_____

6.-_____

7.-_____

8.-_____

Servicio de Obra Social de la Universidad Nacional del Comahue
Av. Argentina Nº 1273 – Neuquén(8300) - Neuquén - Tel/Fax 0299-4425581
E-mail: info@sosunc.org.ar – Visítenos en WWW.SOSUNC.ORG.AR

Protocolo Médico Resolución 007/2014 Anexo I

Medicación a prescribir, según lo especificado para las patologías declaradas en el CUD, durante el período 2017:

Monodroga:	Marca comercial sugerida:	Dosis y frecuencia:

En la ciudad de Neuquén y aledañas serán provistas por la Farmacia Universitaria de S.O.S.U.N.C.

Firma y Sello del Médico Especialista de cabecera: _____

Lugar y Fecha: _____

- **LA RENOVACIÓN DE ESTA PRESCRIPCIÓN ES SEMESTRAL , CON UNA ANTERIORIDAD NO MENOR A LOS 30 DIAS DE PRODUCIRSE EL VENCIMIENTO DE LA COBERTURA.**
- **SUETO A AUDITORIA MÉDICA.**
- **LOS CAMBIOS PRODUCIDOS EN EL TRANSURSO DEL PERÍODO AUTORIZADO, DEBERAN NOTIFICARSE POR ESCRITO POR EL MÉDICO ESPECIALISTA Y POR EL TITULAR INDICANDO MOTIVOS DEL MISMO**

Dictamen de Auditoría Médica y/o Salud Mental:

Fecha: _____

Observaciones de la Auditoría: _____

_____

_____

Firma de la Auditoría

Servicio de Obra Social de la Universidad Nacional del Comahue
Av. Argentina Nº 1273 – Neuquén(8300) - Neuquén - Tel/Fax 0299-4425581
E-mail: info@sosunc.org.ar – Visítenos en WWW.SOSUNC.ORG.AR