

RECETA MÉDICA

DATOS PERSONALES

Datos del Beneficiario (codificación): _____

N° Afiliado: _____

MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS

R/P Nombre genérico (Ley 25649)

DIAGNÓSTICO:

Fecha de prescripción: _____

Mail de contacto de médico tratante: _____

Tel. de contacto de médico tratante: _____

Firma y sello del médico tratante

COMPLETAR EN FARMACIA EN EL MOMENTO DEL RETIRO

BENEFICIARIO

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____

Fecha: _____

FARMACÉUTICO

Fecha de dispensa: _____

Firma: _____

Sello: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL (campos obligatorios - para mutual federada)

Fecha de recepción: ____ / ____ / ____ Fecha límite de entrega/aplicación ____ / ____ / ____

Teléfono: _____ E-mail: _____

ENVIAR MEDICACIÓN A: (marcar lo que corresponde)

Federada Farmacia Sucursal

Localidad

Usuario de recepción: _____