

RECETA MÉDICA

DATOS PERSONALES

Datos del Beneficiario (codificación):

Nº Afiliado:

MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS

R/P Nombre genérico (Ley 25649)

[illegible]

Diagnóstico: _____

Fecha de prescripción: / /

E-mail (médico tratante):

Teléfono (médico tratante):

Firma y sello del médico tratante

Para completar en farmacia en el momento del retiro:

BENEFICIARIO

Firma: _____

Aclaración: _____

DNI: _____ Fecha: ____/____/____

FARMACÉUTICO

Fecha de dispensa: / /

Firma y sello:

INFORMACIÓN ADICIONAL

(campos obligatorios – para Mutual Federada)

Fecha de recepción: / /

Fecha límite de entrega/aplicación: / /

Teléfono de contacto: _____

E-mail de contacto: _____

ENVIAR MEDICACIÓN A: (marcar lo que corresponde)

Federada Farmacia Sucursal

Localidad

Usuario recepción: _____