


	Nº 1
Talón de Control	
PMI	SI NO
AFILIADO TITULAR	
NUMERO DE BENEFICIARIO	
APELLIDO	
NOMBRES	
EDAD	SEXO PLAN
OBSERVACIONES	
FECHA	

	OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION GREMIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS RNP 1-2600-7		MOTIVO O DIAGNÓSTICO:		RECETA Nº 1						
AFILIADO TITULAR				INTERNADO							
				AMBULATORIO							
FECHA DE EMISION	NUMERO DE BENEFICIARIO	EDAD	SEXO	PLAN	SI	FECHA VENTA	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA FARMACIA				
				M.I.	NO						
APELLIDO Y NOMBRE				CANT. RECETAD.		SELO Y FIRMA FARMACEUTICO		CANT. ENT.	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	% OBRA SOCIAL
				LETRAS NUM.							
RP.											
RP.						FIRMA CONFORME BENEFICIARIO					
40%	AUTORIZACIÓN: FIRMA Y SELLO DEL MEDICO AUDITOR		FIRMA PROFESIONAL		(ACLARACION Y TIPO DE DOCUMENTO ID.)		TOTAL RECETA				
70%							A CARGO BENEFICIARIO				
100%			SELLO ACLARACION FIRMA Y MATRICULA				A CARGO OBRA SOCIAL				
ROTULO 1		ROTULO 2		ROTULO 3		ROTULO 4		ROTULO 5		ROTULO 6	
										ROTULO 7	
										ROTULO 8	

SE TESTEARAN LOS MEDICAMENTOS NO ENTREGADOS