


	Nº 2	
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 2										
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