


|   |       |      |
|---|-------|------|
|  | Nº 32 |      |
| 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 32                         |                             |                                      |            |                 |          |               |          |  |          |  |
| 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