

Las firmas del profesional y del afiliado o familiar en el presente documento implican la aceptación de las normas vigentes que regulan el Sistema de Medicamentos.



RECETA		COMPROBANTE Nro.					
SERIE	NUMERO	Res310					
B							

PARA SER LLENADO POR EL PROFESIONAL

PARA SER LLENADO POR LA FARMACIA

No DE AFILIADO	FECHA			NÚMERO DEL PRESTADOR				VALIDEZ DE ESTE ORDEN 30 DÍAS
	DIA	MES	AÑO	LETRA	NUMERO			
Apellido y nombre del afiliado								

PREINSCRIPCIÓN

IMPORTANTE

TROQUELES



	Monodroga	Forma Farmacológica	Dosis / Unidades	Dosis Diaria	Duración Tratamiento	Unitario	Total	Cargo OSME	Cargo Afiliado	
Rp/1										Rp/1
Rp/2 (anular renglón no se utiliza)										Rp/2
Rp/3 (anular renglón no se utiliza)										Rp/3

DIAGNOSTICO	RECIBI CONFORME					TELÉFONO
		1-LE	2-LC	3-DNI	4-CI	
NÚMERO						

DATOS DEL PROFESIONAL		RECIBÍ CONFORME				FECHA			
Sello y firma		MATRICULA				Sello de la FARMACIA		DIRECCIÓN	
		Tipo	Número						
Apellido y Nombre						Firma y aclaración del profesional farmacéutico		Firma del Afiliado o familiar	

Para medicamentos con receta archivada se repetirá la prescripción en receta particular.

*LA PRESCRIPCIÓN DEBE SER REALIZADA POR MONODROGA. **PARA TRATAMIENTOS PROLONGADOS Y CRÓNICOS DEBERÁ PRESCRIBIRSE PARA 60 Y HASTA 90 DÍAS