



LAMUTUAL

Asociación Mutualista de Empleados del Banco de la Provincia de Buenos Aires

COBERTURA CON CARGO

N° de Orden:.....

AM N° 16

RECETA EXCLUSIVA PARA MEDICAMENTOS

Nombre y Apellido		Edad	Afiliado N°		Localidad		Fecha
						/...../.....
MEDICAMENTOS		DOSIS DIARIAS	DÍAS DE TRATAMIENTO	T/P	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
RP/							
Marca Sugerida							
RP/							
Marca Sugerida							
DIAGNOSTICO PRINCIPAL y/o CODIGO OMS						TOTAL	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL y/o CODIGO OMS						A CARGO AFILIADO	
<p style="text-align: center;">SELLO DE LA FARMACIA</p> <p style="text-align: center;">FECHA DE EXPENDIO:/...../.....</p>						A CARGO AMEBPBA	
						Conformidad del afiliado	
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO					 FIRMA	
						DNI N° <input type="text"/>	

ESPACIO PARA ADHERIR TROQUELES