

MÉDICO				
N° de Afiliado	Plan AMB <input type="checkbox"/>	Plan PMI <input type="checkbox"/>	Edad:	
Nombre y Apellido:			FECHA DE EMISIÓN	
Rp/1	DOSIS DIARIA	DURACIÓN TRATAM.	CANTIDAD	
Marca sugerida				
Rp/2	DOSIS DIARIA	DURACIÓN TRATAM.	CANTIDAD	
Marca sugerida				
Rp/2	DOSIS DIARIA	DURACIÓN TRATAM.	CANTIDAD	
Marca sugerida				
Diagnóstico				
ENTIDAD SANATORIAL		AFILIADO O TERCERO		
		FIRMA AFILIADO O TERCERO		
		ACLARACIÓN		
		DOCUMENTO DE IDENTIDAD TELÉFONO		
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL				
ESTA RECETA ES VÁLIDA DENTRO DE LOS VEINTE (20) DÍAS DE SU EMISIÓN POR EL PROFESIONAL				
TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL

FARMACIA				
FECHA DE ENTREGA			MEDICAMENTO AMBULATORIO	
Cant. entrega	Precio unitario	Precio total 100%	OSPECOR	AFILIADO
Cant. entrega	Precio unitario	Precio total 100%	OSPECOR	AFILIADO
Cant. entrega	Precio unitario	Precio total 100%	OSPECOR	AFILIADO
TOTALES				
N° de Autorización				
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL		FIRMA Y SELLO DE LA FARMACIA		
				
TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL