

**Prestación Solicitada**

- Prácticas Médicas
- Bioquímicas
- Consultas
- Internación

**Autorízase la cobertura asistencial a favor del afiliado**

Apellido y Nombres del Beneficiario

Nro. Documento de Identidad

Correo electrónico

Teléfono

Clínica / Sanatorio / Profesional: \_\_\_\_\_

Servicio que se autoriza: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de emisión

Firma y Sello autoridad DiPART

Firma Profesional: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Firma conformidad del afiliado

Nº. de Matrícula: \_\_\_\_\_

Sello de la Entidad Prestadora

*La presente orden tiene validez para liquidar al profesional prestador o entidad internante los honorarios y derechos correspondientes al servicio prestado.*

**Entregar al PRESTADOR DEL SERVICIO. Válido para facturar a la Obra Social.**

**PARA EL PROFESIONAL PRESTADOR**

- a) *¿Prescribe medicamentos? En caso negativo, deberá anular el recetario adjunto.*  
 b) *El recetario es válido para medicamentos relacionados con patologías del accidente/enfermedad profesional. Recuerde prescribir los que figuran dentro del Vademécum del IAPOS.*

Original: para ser entregado al PRESTADOR DEL SERVICIO: Válido para facturar a la Obra Social.

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

TROQUEL 1

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

FECHA PRESCRIPCIÓN

FECHA EXPENDIO

TROQUEL 2

DIAG. Rp

DIAG. Rp

DROGA

FORMULA FARMACÉUTICA

CONCEN- TRACIÓN

CONT. EMVASE

ENVASES Nro. Letras

ENVASES

PRECIO UNITARIO

IMPORTE

DROGA

NOMBRE SUGERIDO

DROGA

NOMBRE SUGERIDO

FIRMA, SELLO Y DATOS DEL PRESCRIPTOR

DATOS DEL AFILIADO o 3ro

TOTAL FACTURADO

FIRMA:

ACLARACION:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

DOC. IDENTIDAD:

FIRMA Y SELLO DEL FARMACÉUTICO

**SIN CARGO**

MATRÍCULA: