

Anexo II

 AUTORIZACION DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS COBERTURA 100 % RESOLUCION 40/05		AUTORIZACION N°  0000115828148
NUMERO DE BENEFICIARIO <input type="text"/>	APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO <input type="text"/>	EDAD <input type="text"/>
NUMERO DE RECETA <input type="text"/>	NUMERO DE EXPEDIENTE <input type="text"/>	FECHA <input type="text"/>
DIAGNOSTICOS PRINCIPALES 1) _____ 2) _____		
		Apellido, nombre y N° matrícula del Profesional prescriptor _____
MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS SEGÚN RECETA		
RP/1 _____ Denominación Comun Internacional (DCI)	_____ Nombre o Marca Comercial	% COBERTURA <input type="text"/> _____ Cantidad
RP/2 _____ Denominación Comun Internacional (DCI)	_____ Nombre o Marca Comercial	% COBERTURA <input type="text"/> _____ Cantidad
_____ Firma y sello autorizante APROSS Aclaración de Firma Firma Y aclaración del Afiliado		

1. APROSS ORIGINAL

0120/07