

Autorización Plan AMBULATORIO



3539202-1

Fecha de vto.

24/03/2024

CÓDIGO DE AUTORIZACIÓN: 3539202-1

Fecha de emisión

29/02/2024

Fecha de prescripción	N° de afiliado	Peso	Talla	Edad	Sexo	Fecha de dispensación
23/02/2024		66	0	45	M	
Apellido y nombre		Código farmacia			Nro. de Orden	
I						

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y/O CÓDIGO OMS:					013		
	Medicamento Genérico o Marca Comercial Forma Farmacéutica Dosis/Unidad	Dosis/ Días	Duración tratam.	Cant. env.	Cober tura	Tot. público	Tot. IOMA
RP1	ACIDO FOLICO - 5 mg X 30comp	3	30	3	90%		

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO Y/O CÓDIGO OMS:							
	Medicamento Genérico o Marca Comercial Forma Farmacéutica Dosis/Unidad	Dosis/ Días	Duración tratam.	Cant. env.	Cober tura	Tot. público	Tot. IOMA
RP2							

Datos de Autorización	Datos del Afiliado o tercero	Certifico entrega	Total de Receta
AUTORIZÓ IOMA DIR. POLÍTICA DE MEDICAMENTOS RESO-2023-1214-DEBA-IOMA Resolución 820/23	Firma:	Firma y Sello	
	Aclaración:		Total a cargo IOMA
	Domicilio:	Farmacéutico	
	Teléfono:		
	Tipo y N.° de Doc:		

AQUÍ
Firma y sello
del médico
prescriptor
o auditor

ORIGEN DEL TRÁMITE

Nro. de receta	Nro. de trámite	Fecha de autorización
SAMO 1		23/02/2024

TROQUEL 1	TROQUEL 2	TROQUEL 3	TROQUEL 4	TROQUEL 5
TROQUEL 6	TROQUEL 7	TROQUEL 8	TROQUEL 9	TROQUEL 10

Farmacia	Código Autorización:	Firma del Responsable
	3539202-1	
Fecha de Recepción	Hora	