

FORMULARIO PARA LA DISPENSACIÓN PARCIAL DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

En cumplimiento del Art. 13 del Decreto No. 665-12, Reglamento de Prescripción y Dispensación de Medicamentos Ambulatorios en el Sistema Dominicano de Seguridad Social, d/f 7 de diciembre de 2012

A. INFORMACIÓN DE LA FARMACIA ORIGEN

Razón social (Nombre de la farmacia)	CODIGO	RNC
Dirección (Calle, No., Ciudad)	Número telefónico (incluir código de área)	
Nombre del Representante, firma y sello	Fecha en que se expide el Formulario (DD/MM/AA)	

B. INFORMACION DEL AFILIADO

Nombre del Afiliado (Apellidos, Nombres)	Número Seguridad Social (NSS) o Cédula
Dirección (Calle, No., Ciudad)	Número telefónico (Incluir código de área)
Nombre completo y firma del afiliado o su representante (1ra. entrega)	

C. DE LOS MEDICAMENTOS

Nombre del Medicamento	Cantidad Entregada	Cantidad pendiente entregada	Número de autorización	Fecha de entrega (DD/MM/AA)

D. INFORMACIÓN DE LA FARMACIA (SEGUNDA ENTREGA)

Razón social (Nombre de la farmacia)	CODIGO	RNC
Dirección (Calle, No., Ciudad)	Número telefónico (incluir código de área)	
Nombre del Representante, firma y sello	Nombre completo y firma del afiliado o su representante (2da. entrega)	