

RECETA DE MEDICAMENTOS

SECCION A. Información que debe ser completada por el Paciente

CORREO (S) ELECTRÓNICO PARA ENVIAR AUTORIZACIÓN _____

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR: _____
1ER NOMBRE 2DO NOMBRE 1ER APELLIDO 2DO APELLIDO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE: _____
1ER NOMBRE 2DO NOMBRE 1ER APELLIDO 2DO APELLIDO

EDAD _____ EMPRESA / PLAN _____

CARNÉ _____
(sin guiones)

SECCION B. Información que debe ser completada por el Médico Tratante

FECHA DE CONSULTA: _____ FECHA ESTIMADA INICIO ENFERMEDAD: _____

HA SIDO TRATADO ANTES POR ESTA ENFERMEDAD SI _____ FECHA _____ NO _____

DIAGNÓSTICO: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE _____

DOSIS: _____ CADA _____ HORAS

DURANTE DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

DIAGNÓSTICO: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE _____

DOSIS: _____ CADA _____ HORAS

DURANTE DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

DIAGNÓSTICO: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE _____

DOSIS: _____ CADA _____ HORAS

DURANTE DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

DIAGNÓSTICO: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE _____

DOSIS: _____ CADA _____ HORAS

DURANTE DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

DIAGNÓSTICO: _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ MILIGRAMAJE _____

NOMBRE DEL MEDICAMENTO GENÉRICO: _____ MILIGRAMAJE _____

DOSIS: _____ CADA _____ HORAS

DURANTE DIAS SEMANAS MESES INDEFINIDO

No. DE MEDICAMENTOS ORDENADOS

NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE _____

COLEGIADO No. _____ TELÉFONO _____ FAX _____

CORREO ELECTRÓNICO _____

FIRMA Y SELLO _____

IMPORTANTE
 COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE LA INFORMACIÓN SOLICITADA.
ÚNICAMENTE MÉDICOS AFILIADOS A RPN PUEDEN RECETAR MEDICAMENTOS, DE LO CONTRARIO DEBERÁ PAGAR EL 100% DE LA CUENTA.

ESTA RECETA TIENE 30 DIAS CALENDARIO PARA TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN



RECOMENDACIONES IMPORTANTES PARA EL PACIENTE

- Es indispensable indicar un número en donde su corredor de seguros pueda contactarle y / o fax, dirección electrónica para envío de la autorización.
- Recuerde que el médico es la única persona autorizada para completar información médica.
- Cualquier receta alterada **NO** será tramitada.
- Recuerde que en caso no pueda utilizar la Opción de Pago Directo en las farmacias afiliadas a **RPN**, puede optar por la Opción de Reembolso.
- Para consultar los proveedores afiliados a la Red de Proveedores Negociados **RPN** visite www.rpnglobal.com o bien consulte con su corredor de seguros.