

**ASAMBLEA PERMANENTE DE JUBILADOS Y PENSIONADOS
DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**
Personería Jurídica N° 940



Sarmiento 1438 Piso 2° Of. "A" - C1042ABB - Buenos Aires - Argentina - Teléfono 4371-0660
Email : asambleapermanentebpba@asambleapba.com.ar Pagina: www.asambleapba.com.ar

LA ASAMBLEA INFORMA

Publicación en la página Web de nuestra Mutual

Recetarios de La Mutual

17/Marzo/2020 - Noticias Generales

r

Con el fin que nuestros afiliados no necesiten concurrir a La Mutual durante la presente situación sanitaria para proveerse de los recetarios oficiales, ponemos a su disposición los formularios AM 16 y 17 para su descarga on - line. Un uso responsable de los mismos asegura los recursos de nuestra entidad de salud. La Mutual es suya ¡Cuídela!

[Descargar Recetario AM 16](#)

[Descargar Recetario AM 17 sin cargo](#)

**“CON LA FUERZA DE LOS QUE NO SE RESIGNAN”,
¡VENCEREMOS COMPAÑEROS!**

Comisión Directiva
CABA, 20/03/2020



LAMUTUAL

Asociación Mutualista de Empleados del Banco de la Provincia de Buenos Aires

COBERTURA CON CARGO

N° de Orden:.....

AM N° 16

RECETA EXCLUSIVA PARA MEDICAMENTOS

Nombre y Apellido		Edad	Afiliado N°		Localidad		Fecha
						/...../.....
MEDICAMENTOS		DOSIS DIARIAS	DÍAS DE TRATAMIENTO	T/P	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
RP/							
Marca Sugerida							
RP/							
Marca Sugerida							
DIAGNOSTICO PRINCIPAL y/o CODIGO OMS						TOTAL	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL y/o CODIGO OMS						A CARGO AFILIADO	
<p style="text-align: center;">SELLO DE LA FARMACIA</p> <p>FECHA DE EXPENDIO:/...../.....</p>						A CARGO AMEBPBA	
						Conformidad del afiliado	
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO					 FIRMA	
						DNI N° <input type="text"/>	

ESPACIO PARA ADHERIR TROQUELES



LAMUTUAL

Asociación Mutualista de Empleados del Banco de la Provincia de Buenos Aires

N° de Orden:.....

Serie "A" AM N° 17

RECETA EXCLUSIVA PARA MEDICAMENTOS (SIN CARGO)

Nombre y Apellido	Edad	Afiliado N°		Localidad	Fecha	
				/...../.....	
MEDICAMENTOS	DOSIS DIARIAS	DÍAS DE TRATAMIENTO	T/P	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
RP/						
RP/						

DIAGNOSTICO PRINCIPAL y/o CODIGO OMS		<p style="text-align: center;">FIRMA</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">SELLO DEL MEDICO</p>	TOTAL	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL y/o CODIGO OMS			A CARGO AFILIADO	
<p style="text-align: center;">SELLO DE LA FARMACIA</p>			A CARGO AMEBPBA	
			<p style="text-align: center;">Conformidad del afiliado</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">FIRMA</p> <p>DNI N° <input type="text"/></p>	
FECHA DE EXPENDIO:/...../.....				