

Formulario para la dispensación parcial de medicamentos



ARS ABEL GONZALEZ
Desde el primer momento, estamos contigo

Rev. 1.0.2
93048235
PAR0012

FORMULARIO PARA LA DISPENSACIÓN PARCIAL DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

En cumplimiento del Artículo 13 del Decreto No.665-12. Reglamento de Prescripción y Dispensación de Medicamentos Ambulatorios en el Sistema Dominicano de Seguridad Social de fecha 7 de Diciembre de 2012				
A. INFORMACIÓN DE LA FARMACIA ORIGEN				
Razón Social GRUPO CAROL SAS	R.N.C. 101871865	Código P.S.S. 141125	Código A.R.S. 141125	
Dirección BY ABRAMSON LINCOLN CASE EDO GUSTAVO MELIA RICART PLAZA INDUSTRIAL	Teléfono 8095626767	Fecha/Hora de Expedición del Formulario 14/11/25 11:48 AM		
Nombre/Firma/Sello del Representante de la Farmacia JIMENEZ, GENEVIEVE				
B. INFORMACIÓN DEL AFILIADO				
Nombre del Afiliado ESPINAL, LUISA MARIA	N.S.S. 0841778115	Cédula 0200048235	Teléfono 8095626767	
Dirección				
C. INFORMACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS				
Nombre del Medicamento	Cant. Entregada	Cant. Pendiente	No. Autorización	Fecha Entrega
Medicamentos Dispensados				
ACETAMINOFEN ACROG 500 MG TABS X DET 1	1	0	M2512724097621	14/11/25
D. INFORMACIÓN DE LA FARMACIA (SEGUNDA ENTREGA)				
Razón Social Nombre de la Farmacia	R.N.C.	Código P.S.S.	Código A.R.S.	
Dirección Calle, No., Ciudad	Teléfono 10 Dígitos	Fecha/Hora de Expedición del Formulario DD/MM/AA HH:MM		
Nombre/Firma/Sello del Representante de la Farmacia (Apellidos, Nombres)	Nombre/Firma del afiliado o su representante (Apellidos, Nombres)			