



ROBLERED

RECETA DE MEDICAMENTOS

POLIZA: _____ CERTIFICADO: _____ NUMERO DE APROBACION: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIAGNOSTICO: _____

NOMBRE MEDICAMENTO RECETADO	PRESENTACIÓN	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS	DIAS	APROBACION SEGUROS EL ROBLE, S.A.

NOMBRE DEL MEDICO TRATANTE: _____

NUMERO DE MEDICAMENTOS RECETADOS: _____ COLEGIADOS: _____

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

FIRMA DEL ASEGURADO

USO EXCLUSIVO SEGUROS EL ROBLE

NUMERO DE MEDICAMENTOS APROBADOS: _____

EFFECTUAR LA COMPRA A PARTIR DE: _____ APROBACION VENCE: _____

EL MONTO A CANCELAR POR EL ASEGURADO ES EL 20% DE LA CUENTA TOTAL.

IMPORTANTE: LOS MEDICAMENTOS PUEDEN ADQUIRIRSE EN CUALQUIER SUCURSAL MEYKOS
A EXCEPCION DE LAS TIENDAS UBICADAS EN PRICEMART. NO HAY SERVICIO ADOMICILIO.

LOS MEDICAMENTOS SERÁN ENTREGADOS AL MOMENTO DE PRESENTAR LA APROBACIÓN EXTENDIDA POR
SEGUROS EL ROBLE, S .A.

AUTORIZADO POR: _____

FIRMA Y SELLO

GUATEMALA, ____ DE _____ DEL _____.