

COSEGURO



Fecha Emisión	Benef. Número	Apellido y Nombres

Troquel 1

Rp	Descripcion	Cant.	Importe	%
1				
2				
3				

Troquel 2

DIAGNOSTICO:

Fecha Dispensa:

Total	
Afiliado	
Dasmi	

Troquel 3

NO SE RECONOCEN MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Firma y Sello

Firma Afiliado

Aclaración

Documento

Domicilio
