



REȚETĂ seria 018 **nr. 0000000**

pentru medicamente compensate din
fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală

Ministerul Sănătății
al Republicii Moldova
Formular nr. 3/C
Aprobat prin Ordinul comun
al MS și CNAM Nr. 492/196/A
din 22.04.2013



1. _____
ștampila de anet a IMS

2. Cod IMS _____ 3. _____ 20 _____
data prescrierii rețetei

4. _____
nume de familie pacient

6. _____
vârsta

5. _____
prenume pacient

IDNP / nr. act de identitate pacient

8. Rp.:



SPECIMEN

[Handwritten signature]

9. _____
nume, prenume medic de familie

L.Ș.

10. _____
IDNP medic de familie

11. _____
semnătura medic de familie

Rețeta e valabilă 10 zile, 30 zile sau 2 luni din data prescrierii ei (se subliniază)

12. Cod medicament _____ 13. Nr. comprimate _____

14. Preț cu amănuntul
_____ lei, _____ bani

16. Suma achitată de pacient
_____ lei, _____ bani

17. _____
număr contract încheiat cu CNAM

19. Suma în litere achitată de pacient

15. Suma compensată
_____ lei, _____ bani

18. _____ 20 _____
data eliberării medicamentului

L.Ș.

semnătura pacient

semnătura farmacist



REȚETA seria **018** nr. **0000000**

pentru medicamente compensate din
fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală

Ministerul Sănătății
al Republicii Moldova
Formular nr. MC
Aprobat prin Ordinul comun
al MS și CNAM nr. 492/136-A
din 22.04.2013

1. _____
stampila de antet a IMS

2. Cod IMS _____ 3. _____ 20 _____
data prescrierii rețetei

4. _____
nume de familie pacient

6. _____
vârsta

5. _____
prenume pacient

7. _____
IDNP / nr. act de identitate pacient

8. Rp.: _____



SPECIMEN

9. _____
nume, prenume medic de familie

L.Ș.

10. _____
IDNP medic de familie

11. _____
semnătura medic de familie

Rețeta e valabilă 10 zile, 30 zile sau 2 luni din data prescrierii ei (se subliniază)

12. Cod medicament _____ 13. Nr. comprimate _____

14. Preț cu amănuntul
_____ lei, _____ bani

16. Suma achitată de pacient
_____ lei, _____ bani

17. _____
număr contract încheiat cu CNAM

19. Suma în litere achitată de pacient

15. Suma compensată
_____ lei, _____ bani

18. _____ 20 _____
data eliberării medicamentului

L.Ș.

semnătura pacient

semnătura farmacist

