

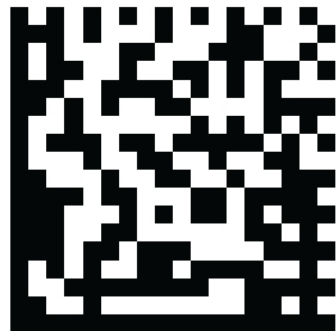
TALONARIO DE RECETAS

UNIDAD
OPERATIVA



Ciudad Autónoma
de Buenos Aires

| 06



PAMI
INSSJP

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

Instrucciones para el profesional médico prescriptor:

Señor profesional médico:

Para que la receta tenga validez y pueda ser dispensada deberá:

- a) Completar todos los datos correspondientes al afiliado (apellido y nombre, número de beneficio -12 dígitos-, grado de parentesco -2 dígitos-), fecha de emisión de la receta, Rp, cantidad recetada, diagnóstico/s. Verificar que el número de beneficio se corresponda con el número asentado en la credencial o constancia de afiliación o, en un futuro, el documento que la reemplace.
- b) Prescribir en cada receta hasta 2 (dos) especialidades medicinales y hasta 2 (dos) envases de producto de cada especialidad medicinal, independientemente del tamaño de los mismos. Para la prescripción de antibióticos del tipo monodosis, podrá prescribir hasta 6 (seis) envases de producto.
- c) Prescribir por receta hasta 4 (cuatro) envases de producto. Para antibióticos del tipo monodosis, hasta 6 (seis) envases de producto.
- d) Prescribir, exclusivamente, las especialidades medicinales por su denominación común internacional o principio activo comprendidas entre las “Ventas bajo receta” que se encuentren debidamente autorizadas, asentando la cobertura establecida e indicando claramente el contenido o potencia de los productos prescriptos. Podrá asimismo sugerir la marca comercial del producto.
- e) Firmar la receta y colocar su sello, número de matrícula profesional, provincia y CUIT/CUIL, asegurándose su perfecta legibilidad.
- f) Llenar todos los datos con la misma tinta y la misma letra.

EL PROFESIONAL MÉDICO NO DEBERÁ PRESCRIBIR CUANDO NO PUEDA CUMPLIR CON CUALQUIERA DE LOS REQUISITOS PRECEDENTES. EN CASO CONTRARIO, LA RECETA SERÁ RECHAZADA.

RECETA

RECETA NRO.



1 606936 079012



OBRA SOCIAL: 5-0080

UNIDAD OPERATIVA >

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

06

TALONARIO NRO.
138180

RECETA NRO.



1 606936 079012

UNIDAD OPERATIVA

Ciudad Autónoma de Buenos Aires | 06

NÚMERO DE TALONARIO: | 138180

NÚMERO DE SERIE: | 93

NÚMERO DE RECETA: | 60790

APELLIDO Y NOMBRES DEL AFILIADO

REPETIR EN CASO DE LETRAS MÚLTIPLES

NÚMERO DE BENEFICIARIO	GP.	FECHA DE EMISIÓN

FECHA DE DISPENSACIÓN	CÓDIGO FARMACIA	NRO. DE ORDEN

Rp./1	CANT. RECETADA EN LETRAS	CANT. ENTR.	PRECIO UNITARIO	% A/C OBRA SOCIAL
_____	_____	_____		
	EN NROS. <input type="text"/>	<input type="text"/>	TOTAL	

Rp./2	CANT. RECETADA EN LETRAS	CANT. ENTR.	PRECIO UNITARIO	% A/C OBRA SOCIAL
_____	_____	_____		
	EN NROS. <input type="text"/>	<input type="text"/>	TOTAL	

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	TOTAL RECETA

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	A CARGO AFILIADO

		A CARGO O. SOCIAL

MATRÍCULA NRO.	TIPO	FIRMA Y SELLO ACLARATORIO PROFESIONAL
	PROV. NAC.	_____
PROVINCIA		

CUIT/CUIL		

TROQUEL 1

TROQUEL 2

TROQUEL 3

TROQUEL 4

TROQUEL 6

TROQUEL 5

DORSO RECETA

Instrucciones para el farmacéutico:

Señor farmacéutico:

Previo a la dispensación de los medicamentos prescritos y a efectos de evitar ulteriores inconvenientes, deberá corroborar:

- Autenticidad de la receta.
- Que el afiliado y/o tercero interviniente firme delante del dispensador del medicamento.
- Que la firma y el documento que figura en la receta se corresponda con la firma y el documento de quien retira el medicamento.
- Que se correspondan los datos que figuran en la credencial o constancia de afiliación con los registrados en la receta.
- Que la receta se encuentre perfectamente completada por el profesional médico contando con su firma y sello.
- Que no hayan transcurrido más de 30 (treinta) días corridos desde la fecha de emisión de la misma.

EL FARMACÉUTICO DEBE NEGAR LA DISPENSA QUE NO CUMPLA CON CUALQUIERA DE ESTOS REQUISITOS MÍNIMOS. EN CASO CONTRARIO, LA RECETA SERÁ RECHAZADA.

Instrucciones para el afiliado:

Señor afiliado:

Es su obligación firmar la conformidad de la receta **sólo** cuando ha corroborado que:

- Se encuentren completos (o anulados) todos los casilleros del área "Para ser completados por la farmacia" (fecha de dispensación, cantidad entregada, precio unitario, precio total y % de cobertura a cargo de la obra social).
- Que sean correctos los importes colocados en los casilleros "a cargo del afiliado" y "a cargo de la obra social."

AFILIADO	<input type="checkbox"/>	TERCERO INTERVINIENTE	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

DOCUMENTO

TIPO	NÚMERO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

FIRMA CONFORME

ACLARACIÓN

DOMICILIO

TELÉFONO

CERTIFICO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

SELLO Y FIRMA FARMACÉUTICO