




---

# ACONDICIONAMIENTO DE RECETAS PAMI



---

A continuación se indican las pautas que deberán cumplir las farmacias para el correcto acondicionamiento de las recetas PAMI. Es indispensable llevarlo a cabo, para optimizar el procesamiento de la facturación.

Les recordamos que todo ajuste aplicado a las recetas puede ser puesto a disposición de las farmacias, a través de una imagen.

En el proceso de Digitalización, la receta que NO cumpla con las pautas indicadas, NO podrá ser escaneada, y por ende la farmacia NO tendrá disponible el motivo del ajuste.

## Presentación correcta de la receta:

1. Todas las recetas deben validarse On Line (Recetas Electrónicas y Recetarios Oficiales-Celestes).
2. Con respecto a los datos contenidos en la receta electrónica, cabe aclarar, que la prescripción del médico está hecha por computadora (no manuscrita) pero sí debe estar en original y manuscrita la firma y sello del profesional prescriptor.
3. No se aceptarán fotocopias de recetas electrónicas, ni recetas electrónicas enmendadas y/o salvadas por el profesional prescriptor.
4. Los datos faltantes como cantidad entregada, porcentaje de descuento, importes totales y unitarios e importes a cargo de la entidad y del afiliado, deben constar en la copia del ticket fiscal o comprobante de venta, el cual es **OBLIGATORIO QUE SE ADJUNTE A LA RECETA** .

## Presentación correcta de la receta:

5. La firma y los datos de quien retira los medicamentos, deben constar **AL DORSO DE LA RECETA.**  
**El ticket debe contar con la firma de quien retira.**  
La firma y sello del profesional Farmacéutico deben figurar al dorso de la receta.
6. En el caso de los recetarios oficiales (Celestes) que se encuentren valorizados **NO DEBEN ADJUNTAR** ningún tipo de comprobante. La receta debe tener **TODOS** sus campos completos (Fcia/Fecha/Cant. Entr/Import. Uni\_Tot/Ac.Os/Ac. Afiliado/Porcentaje/Datos del Afiliado o quien retira)
7. Si opta por No Valorizar los recetarios oficiales (Celestes), deberán pegar el Ticket, el cual es **OBLIGATORIO QUE SE ADJUNTE A LA RECETA,** al dorso de la receta y en el mismo deberán constar todos los datos faltantes.

## Presentación correcta de la receta:

8. **Pegado de Ticket:** Deben pegarlo **siguiendo una línea horizontal de pegamento sobre el ticket**, de modo que quede pegado a la receta, desde el extremo izquierdo (del ticket), hacia el otro extremo derecho (del ticket). **No deben quedar despegados ningún extremo del ticket.**
9. **Ticket largo:** Si el ticket sobresale de la receta, deben doblar hacia abajo del mismo ticket, de modo que quede entre el dorso de la receta y el dorso del ticket, la parte doblada. **Podrán dejar el ticket largo (sin doblar) solo si sobresale 2 (dos) centímetros de la receta.**
10. **La receta NO debe contener ningún BROCHE ni RESTOS de CINTA.**
11. Los **TROQUELES** deben ser adheridos, únicamente, con pegamento; en caso **EXCEPCIONAL** adherir con cinta autoadhesiva.



---

# PRESENTACIÓN CORRECTA



OBRA SOCIAL: S-0080

UNIDAD OPERATIVA > Ciudad Autónoma de Buenos Aires | 06

APellido y Nombres del Afiliado

Número de Beneficiario

GR | 00

FECHA DE EMISIÓN | 07/09/2016

CÓDIGO DE FARMACIA

MEDICAMENTOS

Rp./1

metoprolol (10 mg)

10 mg comp. a 30

CANT. REC.

1

Rp./2

gabapentin (gabapentin)

300 mg comp. a 30

CANT. REC.

2



FIRMA Y SELLO ACLARATORIO PROFESIONAL

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | I11

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO | I34



962100000022



01010337120700



3049

TROQUEL 1

TROQUEL 2

TROQUEL 3

TROQUEL 4

\* LA RECETA DEBE VALIDARSE POR EL SISTEMA ONLINE EN LA FARMACIA




① ESTA RECETA FUE GENERADA POR UNA VERSIÓN DEL SISTEMA PARA PROPÓSITOS DE DESARROLLO. LA MISMA NO TIENE VALIDEZ PARA LA DISPENSA NI COMO RECETA.

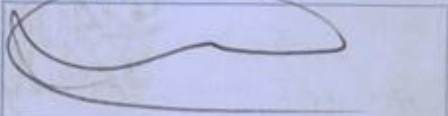
FARMACIA	
CUIT Nro.:	
ING. BRUTOS:	
RIVADAVIA	
S.F. DEL VALLE DE CATAMARCA - CP:	
INICIO ACTIVIDAD: 05-06-1994	
IVA RESPONSABLE INSCRIPTO	
TIQUE FACTURA N°	Nro.
	Fecha 15/07/17
	Hora 19:15:41
CONSUMIDOR FINAL	
Afil.:	ALACIOS IRIS DEL V
DNI: 00000000000	
A CONSUMIDOR FINAL	
Localidad: N/A	
Grupo:	
0 Soc:PRI	
Cant./Precio Unit.	

*Eduardo*  
Eduardo Cordoba  
202716  
AV. decomp 485

FARMACIA CENTRAL
CUIT: 78-8
I. BRUTOS
PAMI
RIVADAVIA 852 TEL
CATAMARCA



 <b>PAMI</b> <small>INSSJP</small> OBRA SOCIAL: 5-0080		UNIDAD OPERATIVA > Ciudad Autónoma de Buenos Aires   06		TALONARIO NRO. <b>138180</b>		RECETA NRO.  <b>1806936079012</b>		
APELLIDO Y NOMBRES DEL AFILIADO _____						 TROQUEL 1		
NÚMERO DE BENEFICIARIO _____		GR. _____	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 _____
Rp./2 _____		CANT. RECETADA EN LETRAS _____	CANT. ENTR. _____	PRECIO UNITARIO _____				% A/C OBRA SOCIAL _____
EN NROS. <input type="checkbox"/>		EN NROS. <input type="checkbox"/>	EN NROS. <input type="checkbox"/>	TOTAL _____		TOTAL _____		
CÓDIGO _____		DIAGNÓSTICO PRIMARIO _____				TOTAL RECETA _____		
CÓDIGO _____		DIAGNÓSTICO SECUNDARIO _____				A CARGO AFILIADO _____		
A CARGO O SOCIAL _____		MATRÍCULA NRO. _____		TIPO PROV. RAC.		FIRMA Y SELLO ACLARATORIO PROFESIONAL _____		
PROVINCIA _____		CIUDAD/CIVIL _____		TROQUEL 6 _____		TROQUEL 5 _____		

<p>Instru Señor Previd ulterior</p> <p>a) b) c) d) e) f)</p>	<p style="text-align: center;"><b>FARMACIA</b></p> <p>PHARMA S R L          CUIT Nro.:          ING. BRUTOS:          RIVADAVIA          S.F. DEL VALLE DE CP          INICIO ACTIVIDAD: 05-06-1994          IVA RESPONSABLE INSCRIPTO</p> <p>TIQUE FACTURA B Nro.          Fecha 17/07/17          Hora 20:12:24</p> <p>(0) D          Afil.: SALVADOR AUG          DNI: 00000000002          A CONSUMIDOR FINAL          S          Localidad: N/A          Grupot          -          0 Soc:PAMI          Cant./Precio Unit.</p>	<p>y a efectos de evitar del dispensador del de corresponda con la firma dencial o constancia de a por el profesional médico arridos desde la fecha de</p>	<p>AFLIADO <input type="checkbox"/> TERCERO INTERVINIENTE <input type="checkbox"/></p> <p>DOCUMENTO TIPO <u>DNI</u> NÚMERO <u>260134</u></p> <p>FIRMA CONFORME </p> <p>ACLARACIÓN <u>Janke</u></p> <p>DOMICILIO <u>Ministro Dolz</u> <u>1.00</u></p> <p>TELÉFONO <u>98091</u></p>
<p>EL CUA LA</p> <p>Instru Señor Es su c</p> <p>a) b)</p>	<p>NO CUMPLA CON CASO CONTRARIO,</p> <p>ndo ha corroborado que: eros del área "Para ser cantidad entregada, de la obra social).</p> <p>Que sean correctos los importes colocados en los casilleros "a cargo del afiliado" y "a cargo de la obra social."</p>	<p>CERTIFICADO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS</p> <p><b>FARMACIA DE PHARMA S R L</b>          CUIT. <u>05-06-1994</u>          BRUTOS          RIVADAVIA 652          CATAMARCA          SECCION ENTREGA DE MEDICAMENTOS</p>	