



Atos

imed E - HEALTH SOLUTION PROVIDER

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 llevarlas 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 la causa del ajuste aplicado.

Presentación correcta de la receta:

1.La documentación adjunta a la receta debe ser adherida:

- a) Únicamente Al DORSO, sobre el espacio destinado a las “Instrucciones del Farmacéutico”;**
- b) Pegado con autoadhesivo (Plasticola, Uhu, boligoma);**
- c) desde el extremo superior hasta la mitad del Ticket, a lo largo de toda la extensión horizontal del mismo.**
- d) NO deben quedar extremos superiores sin adherirse a la receta.**

Presentación correcta de la receta:

- 2.Los TROQUELES deben ser adheridos, únicamente, con pegamento o cinta autoadhesiva.**
- 3.Enviar la presentación total de la farmacia en una (1) única bolsa.**
- 4.Las recetas validadas On-line que se encuentran valorizadas NO DEBEN ADJUNTAR ningún tipo de comprobante.**
- 5.NO enviar presentaciones donde el físico difiera de lo informado en el Cierre de Presentación.**
- 6.NO enviar la presentación sin sus correspondientes carátulas de lote y/o presentación.**
- 7.No enviar recetas sin numerar.**
- 8.No enviar los lotes en bolsas individuales.**

**Presentación
Correcta
(SI OPTA por no valorizar)**

Se deberán completar todos los datos

INSSTP		OBRA SOCIAL: 5 - 0080	NOMBRE DEL PROFESIONAL O INSTITUCION		SERIE RECETARIO NRO. [Barcode]
APELLIDO Y NOMBRES DEL BENEFICIARIO: Juan Perez					CODIGO PROFESIONAL O INSTITUCION [Barcode]
NUMERO DE BENEFICIARIO: 111111111111		FEDECO FARMACIA: XXXXXXXXXX		PRECIO UNIDAD []	PRECIO TOTAL []
EDAD: 85	SEXO: M	FECHA DE PRESTO: 20/01/13	FECHA DE EXAMENACION: []	[Barcode]	
Paroxetina 20mg x 30 table CANT. RECETADA: Uno EN NEOS: <input checked="" type="checkbox"/>		CANT. RECETADA: Uno EN NEOS: <input checked="" type="checkbox"/>		TOTAL: [] % A/C OBRA SOCIAL: []	
Paroxetine 20mg x 30 CANT. RECETADA: Uno EN NEOS: <input checked="" type="checkbox"/>		CANT. RECETADA: Uno EN NEOS: <input checked="" type="checkbox"/>		TOTAL: [] % A/C OBRA SOCIAL: []	
CODIGO: [] CODIGO: []		DIAGNOSTICO PRINCIPAL: Depresion DIAGNOSTICO SECUNDARIO: Depresion		TOTAL RECETAS: [] A CARGO USUARIO: [] A CARGO SOCIAL: []	
FIRMA Y SELLO A PARATELEFONIA REGIONAL: [Signature] MATRICULA N°: []		TROQUEL 4		TROQUEL 5	
				TROQUEL 3	
				TROQUEL 4	

El ticket debe estar firmado por el beneficiario

Pegar el comprobante al dorso hasta la línea con uhu, plástica, boligoma

El sello de la farmacia fuera de su campo, también es correcto

FARMACIA

PUNT
C.U.I.T. INRO. 111

L. INOTOS
IVA RESPONSABLE INSCRIPTO
A CARGADOR FINAL
P. V. 4004
NO. 1
FECHA 30/08/12 HORA 11:35
VENZOS C.I.I.COMPRADOR

PART -PART	(0)	0,00
BLANE 20MG COMP 330	(0)	107,00
DTO.BS/ 100.0-153,00		
PRC.FINAL *		0,00
PARTES COMP X 30	(0)	89,95
DTO.BS/ 100.0 -79,95		
PRC.FINAL *		0,00
DUB. BRUTO	(0)	252,98
A CARGO BS/P.		252,98
A CARGO AFIL.		0,00
TOTAL	(0)	252,98
PORTE-PAGE		252,98
SUMA DE SUS PAGOS		252,98
SE VUELTO		0,00

FARMACIA
de
C.U.I.T.
EL SEÑALAMIENTO DE LA FARMACIA:
EL SEÑALAMIENTO DE LA FARMACIA

BENEFICIARIO	TERCERO INTERVENIENTE
DOCUMENTO	NUMERO
TIPO XX	XX XX XX XX XX XX XX
	XXXXXXXXXX
	FIRMA/TITULO OMBRE
ACLARACION	XXXXXXXXXX
DIRECCION	XXXXXXXXXX
TELEFONO	
	XXXXXXXXXX
	SELLO INSTITUCION

Presentación Incorrecta (Valorice o No la Receta)

No adjuntar ninguna documentación al frente de la receta con broches

FECHA: 10-09-12 **HORA:** 12:21:03

PAXON 50 MG CMPR.REC.X 28
 CP100/:144.06/AF:0.00
 Tasa IVA / ST (0.00) 144.06

LICUAGEN 100 MG CMPR.X 30
 CP100/:126.26/AF:0.00
 Tasa IVA / ST (0.00) 126.26

TOTAL \$270.32
PANI \$270.32
CAMBIO \$0.00

GRACIAS POR SU COMPRA
 HWP2719062 V: 04.03

CANT. RECETADA EN LIBRAS	CANT. ENTR.	PRECIO UNITARIO	% A/C OBRA SOCIAL
Uno	1		
Uno	1		

TROQUEL 1, 2, 3, 4, 5, 6

FARMACIA

C.U.I.T. Nro:

I.B.:

TEL.:

P.V. Nro:

No. T.:

FECHA 24/08/12 HORA 9:11

VEN:012 CLI:CONSUMIDOR FINAL

FAMI -PAMI A (0) 0,00

(0) 1,00

(0) 3,94

RIVOTRIL 2 COMPX60 (0)

DTG. OS/P. 80.00 -51,15

PRC.FINAL \$ 12,79 (0)

SUBTOT. BRUTO 43,94

DIAGNOSTICO SECUNDARIO

FIRMA DEL PRESCRIBENTE PROFESIONAL

MATRICULA N° XXXXX

NOMBRE DEL PROFESIONAL O INSTITUCION *LOT*

CODIGO FARMACIA XXXXXXX

NUMERO DE ORDEN *20*

FECHA DE DISPENSACION

40812

CANT. RECETADA	CANT. ENTR.	PRECIO UNITARIO	% A/C OBRA SOCIAL
LETRAS <i>200</i>		TOTAL	
NROS. <i>01</i>		TOTAL	
CANT. RECETADA	CANT. ENTR.	PRECIO UNITARIO	% A/C OBRA SOCIAL
		TOTAL	
NROS.		TOTAL SELETA	
		A CARGO AFILIADO	
		A CARGO D. 10(15)	

SERIE RECETARIO NRO. [Barcode]

CODIGO PROFESIONAL O INSTITUCION [Barcode]

00000026

TROQUEL 1

TROQUEL 2

TROQUEL 3

TROQUEL 4

TROQUEL 5

TROQUEL 6

No adjuntar ninguna documentación al frente de la receta con pegamento

No adjuntar documentación al dorso de La receta con broches

***** FISCAL***** FISCAL*****
FARMACIA
 ***** FISCAL***** FISCAL*****
 C.U.I.T. Nro. _____
 Ingresos Brutos _____
 IVA RESPONSABLE INSCRIPTO _____
 ***** FISCAL***** FISCAL*****
 INICIO DE ACT: _____
 P.V. Nros _____
 Fecha 18/08/12 Hora 12:11
 COPIA PARA MUTUAL
 ***** FISCAL***** FISCAL*****
 REF.ORIGINAL 1
 ***** FISCAL***** FISCAL*****
 ***** FISCAL***** FISCAL*****
 ULTRANEURAL 800 COMP 30 1 237.97
 DTO.240763 60 S/ 237.97 -142.78
 ***** FISCAL***** FISCAL*****
 KALMALIN 2,5 COMP 40 1 34.75
 DTO.240764 100 S/ 34.75 -34.75
 TOT..... 272.72
 A/C.AFILIADO -95.19
 ***** FISCAL***** FISCAL*****
 A/C.PAMI 177.53
T.PAMI 177.53
 ***** FISCAL***** FISCAL*****

los medicamentos prescritos y a
 tra corroborar:
 e contiene un sello de seguridad
 Interviniendo firme delante del
 ficiario que figure en la receta se
 nto del beneficiario que retira el
) figuran en la Orden de Pago
) grupo familiar) con los asentados
 mero de beneficio SOLO es valido
 que se le antepone las palabras
 nte completada por el profesional
 0 (treinta) dias corridos desde la
 idad de la receta SOLO cuando ha
 ados los casilleros del area. "Para ser
 venta, cantidad entregada, precio
 afiliado y a cargo de la Obra Social, y
 ados en los casilleros "a cargo del
 DE CUALQUIER RECETA QUE NO
 IS MINIMOS. EN CASO CONTRARIO

Intos entregados
 x x x

BENEFICIARIO	TERCERO INTERVENIENTE
DOCUMENTO	NUMERO
TIPO	x x x x x x x x
	x x x x x x
ACLARACION	x x x x x x
DOMICILIO	x x x x x x
TELEFONO	

x x x x x x
 SELLO INSTITUCION

No adherir los troqueles con broches

		OBRA SOCIAL 5 - 0080	NOMBRE DEL PROFESIONAL O INSTITUCION		SERIE RECETARIO NRO. 	
APELLIDO Y NOMBRES DEL BENEFICIARIO XXXXXXXXXX						
NUMERO DE BENEFICIARIO XXXXXXXXXX		CAT. XXXXXX	CODIGO FARMACIA XXXXXX		NRO. DE ORDEN XXXXXX	
EDAD 69	SEXO M	FECHA DE EMISION 04/04/12	FECHA DE DISPENSACION 09/04/12			
Rp.1 Atos vasotrina 10mg x 20. F. original.		CANT. RECETADA EN LETRAS veinte	CANT. ENTR. 1	PRECIO UNITARIO TOTAL	% A/C OBRA SOCIAL	
Rp.2		CANT. RECETADA	CANT. ENTR.	PRECIO UNITARIO TOTAL	% A/C OBRA SOCIAL	
CODIGO	DIAGNOSTICO PRINCIPAL 2010 pueria			TOTAL RECETA		
CODIGO	DIAGNOSTICO SECUNDARIO 2. polipos de			A CARGO AFILIADO		
FIRMA Y SELLO ACLARATORIO PROFESIONAL XXXXXXXXXX		TROQUEL 6		TROQUEL 5		TROQUEL 3
MATICULA N°		TROQUEL 6		TROQUEL 5		TROQUEL 4



Impresión

BENEFICIARIO	TERCERO INTERVENIENTE
NÚMERO	

10/09/2012 202543
***** ORDEN DE MEDICAMENTO *****
PAMI

- Prestador -
(CURUZU CUATIA)
Número:

- Beneficiario -
MARGARITA
Número: 411
Sexo: F Edad: 72
Del: Plan: 000
Comprobante:

MEDICAMENTOS
- Autorizada -
Med. : 7795336254403 N°Aut. :
CEFTRIAXONA RICHET 1 G IM
P.A.+A.SOLV.
Cant.: Desc.: 60.00 \$ 88.09
Med. : 4104480705236 N°Aut. :
ATHOS JBE.X 100 ML
Cant.: 01 Desc.: 50.00 \$ 39.18

Solicitante: PROFESIONAL
PRESCRIPCIÓN

SELLO Y FIRMA

Página 1 de 1

No adjuntar
comprobante
de validación
cubriendo la
totalidad
de la receta
al dorso

Para una presentación correcta se debe:

- **No adjuntar documentación innecesaria.**
- **No agrupar recetas con broches.**
- **No dejar broche alguno en la receta.**
- **No adherir troqueles con broches.**
- **Los troqueles deben ser adheridos únicamente con pegamento o cinta autoadhesiva.**

Para una presentación correcta se debe:

- No adjuntar documentación con broches o cinta adhesiva, ni al frente ni al dorso de la receta.
- La documentación adjunta debe ser adherida únicamente al dorso de la receta.
- La documentación deberá estar adherida sólo con pegamento (Uhu, boligoma, etc).

RECETAS MANUALES

- Como excepción, la documentación adjunta a las recetas manuales (Comprobante de afiliación y/o Autorización R337 Manuales), deberá adherirse en el extremo superior de la receta, con cinta adhesiva.

Recordar:

Se deberán declarar como manuales, en el RESUMEN DE PRESENTACION, todas las recetas NO incluidas en el Cierre de Lote.

PRESENTACION (AMBULATORIA MANUAL)					
CANTIDAD		IMPORTE			
LOTES	RECETAS	IMPORTE 100 %	A/C INSTITUTO	BONIFICACION	A REINTEGRAR
1	5	508.88	318.51		

PRESENTACION (RES 337 MANUAL)					
CANTIDAD		IMPORTE			
LOTES	RECETAS	IMPORTE 100 %	A/C INSTITUTO	BONIFICACION	A REINTEGRAR
1	5	508.88	318.51		