



I.Pro.S.S. (Instituto Provincial del Seguro de Salud)

Cobertura: en todo el país (directamente por farmacias adheridas o por reintegro según normativas administrativas y legales en vigencia).
Con evaluación por auditoría técnica compartida para su eventual débito al convenio.

Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor vigente al día del expendio, que figuran en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos.

Plan:	A cargo del afiliado:	A cargo IPROSS
AMBULATORIO (según vademécum)	50%	50%

PLANES SOCIALES

-PLAN MATERNO INFANTIL (SOMI I y SOMI II)	0%	100%
-DIABETES (s/listado)	0%	100%
-PLAN EPILEPSIA (s/listado)	0%	100%
-CRÓNICOS (s/listado)	30%	70%
-AUTORIZACIONES ESPECIALES dentro de la suma convenida (s/listados, PREAUTORIZADO) <ul style="list-style-type: none">• Trat. Dolor onc.• Leches• Dietas modulares• Obesidad	0% 50% 30%	100% (p/ A M , s/ Providencias y/o Resoluciones generales establecidas) 50% 70 % (p/AM ,s/PMO Orlistat y Sibutramina)
-OTRAS AUTORIZACIONES (fuera de la suma convenida) <ul style="list-style-type: none">• Prod. Fuera de Vadem.• Ampliación de Cobertura.		%% (p/ A. M: s/Prov. y/o Resol particulares con el excedente de cobertura por fuera del convenio)
-INTERNACION DOMICILIARIA (fuera de la suma convenida, s/listados)		100% a cargo de I.Pro.S.S por fuera de la suma convenida.
-VACUNA ANTIGRI PAL	50%	50% a cargo de I.Pro.S.S. (Seguir en pag. 4) Vigencia del 19 de marzo al 31 de Julio del 2012

Importante: Las recetas con Autorizaciones Especiales y Otras Autorizaciones requieren obligatoriamente firma y sello de los profesionales médicos auditores del I.Pro.S.S.

- Todos los planes que se facturan al convenio deberán autorizarse **on-line**.
- Se aceptan recetas **MIXTAS, Solo plan CRONICO (prescriptos en receta de crónicos un producto**

que solo tiene cobertura en ambulatorio) Plan Leches y Plan Infantil, tiene que ir en recetas separadas.	
3. REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES	
<p>Tipo de Recetario:</p> <p>Importante: si el afiliado se encuadra en varios planes distintos se le entregarán los recetarios necesarios para cada plan por separado /mes.</p> <p>Ej.: 2 de color azul (ambulatorio), MAS los 3 del plan social correspondiente y el cuarto por un posible cambio de esquema terapéutico.</p>	<p>Ambulatorio: Oficial, (6 recetarios de color azul por mes y por afiliado),</p> <p>Diabetes, Epilepsia, Crónicos: Oficial (anaranjado, verde y rojo según corresponda), color según plan. Se proveerá una chequera de tres recetarios para 90 días de provisión, las cuales podrán ser usadas mes a mes y una cuarta receta que será utilizada solo en el caso de cambio de medicación).</p> <p>PMI: Oficial (rosado madre e hijo), color según plan (dos recetarios por mes y por afiliado), otorgándose un tercer, cuarto, etc., recetario con autorización previa, la cual la solicitara la farmacia llamando al 0-800-666-1055 de Colegio de Farmaceuticos de Rio Negro.</p> <p>Leches maternizadas y medicamentosas: solo las que se encuentran en el vademécum de Autorizaciones Especiales del convenio s/listado y prescriptas en recetario del PMI.</p>
No se aceptan fotocopias de recetas.	
Datos contenidos en la receta: (Los datos escritos por el profesional deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma)	Denominación de la entidad
Nombre, Apellido del afiliado, Numero de afiliación, edad, tipo y numero de documento, sexo, fecha de nacimiento, tipo de Plan (por medico prescriptor).	
Fecha de prescripción de la receta.(por medico prescriptor)	
Firma y sello aclaratorio del profesional que prescribe	
Detalle de los medicamentos prescriptos (ppios activos, concentración y FF).	
Cantidades de los medicamentos en números y letras, dosis diaria.	
Validez	
a) para la venta:	30 (treinta) días a partir de la fecha de prescripción incluyendo la misma.
b) para la prescripción	30 (treinta) días a partir de la fecha de entrega en la delegación, incluyendo la misma.
c) para la presentación:	60 (sesenta) días corridos, a partir de la fecha de venta e incluyendo la misma.
d) Para la refacturación:	30 (treinta) días corridos a partir de haber recibido la liquidación.
Cantidad máxima de Medicamentos y de envases por receta en el Plan Ambulatorio	Se podrán dispensar hasta 2 (dos) medicamentos distintos por receta de la siguiente manera: En Rp/1: puede dispensarse 1 (uno) envase grande o 1 chicos. En Rp/2: 1 (uno) envase chico En ningún caso podrá superar los treinta días de tratamiento.
Contenidos máximos de cada medicamento según su tamaño:	Tamaño no especificado: Vender la menor presentación.
Especifica "grande": Vender la presentación siguiente a la de menor tamaño.	
Antibióticos inyectables:	Monodosis: hasta 5 (cinco) ampollas individuales por receta. Multidosis: hasta 1 (uno) envase por receta.
Corticoides inyectables:	Monodosis: hasta 5 (cinco) ampollas individuales por receta. Multidosis: hasta 1 (uno) envase por receta.
Leches medicamentosas o maternizadas:	Hasta 3 Kg. por mes con autorización de A.M. del I.Pro.S.S y solo las que se encuentren dentro del listado de Autorizaciones especiales del convenio . Maternizadas: cobertura del 100 % para los primeros 90 días. Medicamentosas: cobertura del 100 %

	hasta el año de vida. Ambas con autorización de A. M: del I.Pro.S.S. En recetario PMI Hijo.	
Dietas Modulares:	Hasta cinco envases chicos por receta (cobertura 50% c/vademécum con autorización previa de A. M.) Otras coberturas: hasta cinco envases chicos por receta y porcentaje de cobertura según Prov. y/o Resol. con autorización de A M de I.Pro.S.S. En recetario ambulatorio.	
Psicofármacos:	Lista II (receta oficial):	Receta de Salud Pública Receta adjunta de la institución.
No se aceptan fotocopias de recetas.	Lista III y IV (receta archivada):	Receta oficial por duplicado, con sello y firma del médico, aún estando el sello impreso.
Deberá presentar (el afiliado):	Credencial de afiliación en vigencia.	
Recetario correspondiente según el Plan.		
Deberá verificarse:	Existencia del afiliado en el padrón VALIDACIÓN ON-LINE: o llamando al 0-800-666-1055 de Colegio de Farmaceuticos de Rio Negro.	
La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente :	Pegar o abrochar el troquel con su código de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescritos.	
Fecha de dispensación.		
Importes unitarios y totales y porcentaje a cargo de la entidad.		
Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto.		
Firma, aclaración, DNI, domicilio del afiliado		
Firma del tercero, aclaración de firma y número de documento de identidad, el cual deberá ser exhibido.		
Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico.		
La farmacia deberá llenar la receta en todos los espacios destinados a tal fin. NO se aceptarán recetas sin el llenado de los casilleros que correspondan.		
Importante:	<ul style="list-style-type: none"> - La receta debe estar llena en todos los casilleros por parte del prescriptor y/o farmacia. - Las enmiendas deberán estar salvadas adecuadamente según correspondan (prescriptor, prestador y/o afiliado). 	
Importante:	Por consultas sobre la presenta Norma Operativa, llamar ANTES de rechazar cualquier receta. Puede comunicarse con 0-800-666-1055 de Colegio de Farmaceuticos de Rio Negro..	
ANOVULATORIOS: una caja por mes y 50 % según vademécum. Producto BYETTA de 5 y 10 ml. 50 % de cob. en ambulatorio.		

PLAN MATERNO INFANTIL (SOMI I Y SOMI II): (según VADEMECUM)

Recetarios oficiales de **color rosado** para la madre y para el hijo.

Se cubrirán al 100% todos los medicamentos de venta bajo receta que se encuentren en el formulario terapéutico de I.Pro.S.S. de dicho plan. Para la madre la cobertura se brinda durante todo el embarazo hasta el parto. Para el niño, desde el nacimiento hasta el año de vida.

La receta debe venir confeccionada en el recetario oficial el cual será provisto por el I.Pro.S.S.

Cobertura de leches: se cubrirán tanto las leches maternizadas como las medicamentosas prescriptas en recetarios del PMI y según estén incluidas en el vademécum de autorizaciones especiales en el convenio

-Durante los primeros 90 días del bebé: la cobertura será del 100% en leches maternizadas (**VITAL INFANTIL I**) y medicamentosas (**ISOMIL, LK, NAN SIN LACTOSA, NUTRILON SOJA Y KAS MIL**) en ambos casos con autorización previa de auditoría médica del I.Pro.S.S

-Desde el cuarto mes en adelante: la cobertura será del 100% solo para las **leches medicamentosas** y hasta el año de vida. La cantidad de envases permitidos será de hasta 3 kilos por mes. La receta deberá contar con autorización de Auditoría Médica del I.Pro.S.S.

Producto Dermaglós: se cubrirá para PMI, únicamente un envase por mes y en crema de 100g.

Hipoglos: se cubrirá para PMI, únicamente un envase por mes de 100g.

VACUNAS ANTIGRIPALES: Cobertura del **100 % (50% en convenio, 50% en fuera de convenio)** para:

1. Embarazadas.
2. Niños desde los 6 meses hasta los 2 años de edad.
3. Puérperas hasta los 6 meses post parto.
4. Afiliados de cualquier edad con certificado de discapacidad en vigencia.
5. Afiliados mayores de 65 años.
6. Grupos de riesgo: afiliados que padecen enfermedades crónicas (respiratorias, cardíacas), diabetes, IRC, inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, pacientes oncohematológicos y trasplantados.

Recetario: Rp común.

Vademecum: Si.

Autorización: Solo requiere autorización administrativa del IProSS (no medico auditor), solo los puntos 1,3 y 4 (puérperas, embarazadas y cert. discapacidad).

DIABETES: (Con VADEMECUM)

Recetario oficial de **color anaranjado**. Habilitado por la delegación de I.Pro.S.S

Se le proveerá al afiliado una chequera que constará de cuatro recetas por 90 días de tratamiento, de las cuales las tres primeras serán fechadas y usadas en forma consecutiva y de a una por mes para obtener la provisión de medicamentos necesaria para treinta días de tratamiento, la cuarta receta (sin fechar) será y utilizada únicamente para un posible cambio de medicación

Esta cuarta receta constara de un talón en el cual el médico de cabecera debe justificar sin excepción el cambio de medicación y dicho cambio deberá estar autorizado por la A M del I.Pro.S.S y finalmente por la auditoria del Colegio de Farmaceuticos para su cobertura dentro del convenio, la cual la solicitara la Farmacia llamando al 0-800-666-1055.

Cobertura al 100% para insumos y material descartable del plan. Dentro de descartables se reconocen:

-Lancetas: hasta 2 cajas por mes,

-Jeringas Terumo con agujas: hasta 70 unidades al mes y hasta un valor tope de \$ 1.50 cada una.

-Agujas para lapiceras 70 unidades al mes, cantidad de unidades según el envase. Precio según Kairos/Alfabet (con troquel o código de barras).

Tiras reactivas (hasta dos cajas de 50 tiras por mes).

EPILEPSIA: (Con VADEMECUM)

Recetario oficiales de **color verde**. Habilitado por la delegación de I.Pro.S.S

Se le proveerá al afiliado una chequera que constara de cuatro recetas por 90 días de tratamiento, de las cuales las tres primeras serán fechadas y usadas en forma consecutiva y de a una por mes para obtener la provisión de medicamentos necesaria para treinta días de tratamiento, la cuarta receta (sin fechar) será utilizada únicamente para un posible cambio de medicación.

Esta cuarta receta constara de un talón en el cual el medico de cabecera debe justificar sin excepción el cambio de medicación y dicho cambio deberá estar autorizado por el medico auditor del I.Pro.S.S y finalmente por la Auditoria del Colegio de Farmaceuticos para su cobertura dentro del convenio la cual la solicitara la Farmacia llamando al 0-800-666-1055.

Cobertura al 100% se incluyen todos los anticonvulsivantes y antiepilépticos que se encuentren en el listado del Plan Epilepsia del I.Pro.S.S. .

OTRAS AUTORIZACIONES (por diferencias fuera de convenio) ::

Recetario oficial de **color azul** de ambulatorio.

Cobertura según providencias o resoluciones con recetas autorizadas por la auditoria médica del I.Pro.S.S. El porcentaje de diferencia se factura por separado de todos los planes del convenio.

CRONICOS: (Con VADEMECUM)

Se proveerá una chequera con 9 recetarios oficiales de **color rojo**, para ser utilizados de la siguiente forma: 3 por mes y con vencimiento.

Cobertura: 70% de los productos incluidos en el listado de crónicos del I.Pro.S.S. incluye medicamentos de la Resol N° 83/07 Junta de Administración **ampliada a TODOS los afiliados que padecen la misma patología.**

AUTORIZACIONES ESPECIALES EN EL CONVENIO :

Recetario oficial de **color azul** de ambulatorio, o rosado PMI Hijo según corresponda debidamente autorizado por auditoria medica de I.Pro.S.S

Recetas que requieren autorización de la Auditoria Médica del I.Pro.S.S.

1. 100 Tratamiento del dolor oncológico (anexo a la Resol N° 154/85 Jta. de Adm.)

-Opiáceos débiles: Dextropropoxifeno, Codeína, Tramadol

-Opiáceos fuertes: Morfina, Metadona, Oxycodona, Fentanilo

2. 100% Insumos medicinales para aquellos afiliados en Resolución de Cuidados Paliativos (s/vademécum)

3. 100% Leches maternizadas (primeros 90 días), medicamentosas (primer año) En PMI Hijo

4. 100% Vacunas del calendario oficial , 50% vacunas NO oficiales s/normativas del Plan Materno Infantil SOMI II

5. 70% Orlistat y Sibutramina s/normativas del PMO

LISTADO DEL PERSONAL QUE AUTORIZA RECETAS.

Profesionales autorizados:

Dra. Crespe, Susana

Dr. Romera, Remigio

Farm. Bertola, Nancy.

Dr. Roso, Mario

Dra. Bordon, Adriana

Dra. Pavia, Susana

Dra. Traversa, María

Dr. Luna, Marcelo

Dra. Maranino, Nélide

Dr. Pinazo ,Alcides

Dra. Bucca, María, Cristina

Dr. Mercado, Carlos

Dr. De Llamas, Lulio

Dra. Marigual, Anabella

Dr. Porrino, Mario

Dra. Brizuela Miriam.

Dra. Mayolo, Silvia

Farm. Alcalde, Ricardo

Dr. Ferreyra, Luis

Dr. Illia, Enrique

Dr. Wiskey, Sergio

Dr. Cabella, Guillermo

Dra. Allemandi, Marcela

EXCLUSIONES GENERALES:

a. Medicamentos y/o Productos de Venta Libre.

b. Medicamentos sin troquel o código de barras que el sistema NO acepte.

c. Herboristería, Homeopatía y Recetas Magistrales de todo tipo.

d. Todo medicamento que no este incluido en los respectivos vademécum

RECETARIO

Ambulatorio – frente

 INSTITUTO PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD		PLAN AMBULATORIO																																																														
DATOS DEL BENEFICIARIO :																																																																
- Num. Afiliado:		- Apellido y Nombre																																																														
Edad		Sexo																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PRESCRIPCION</th> <th>Dosis Diaria</th> <th>Cantidad recetada</th> <th>Cantidad entregada</th> <th>Precio Unitario</th> <th>Total</th> <th>% descuento a AFILIADO</th> <th colspan="2">Total a cargo de:</th> <th rowspan="2">TROQUEL</th> </tr> <tr> <th>Otra Social</th> <th>Afiliado</th> <th colspan="7"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rp1</td> <td>Nro.</td> <td>Nro.</td> <td>Nro.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <small>NOMBRE GENERICO / concentracion / forma farmacéutica</small> </td> </tr> <tr> <td>Rp2</td> <td>Nro.</td> <td>Nro.</td> <td>Nro.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td colspan="10"> <small>NOMBRE GENERICO / concentracion / forma farmacéutica</small> </td> </tr> </tbody> </table>						PRESCRIPCION	Dosis Diaria	Cantidad recetada	Cantidad entregada	Precio Unitario	Total	% descuento a AFILIADO	Total a cargo de:		TROQUEL	Otra Social	Afiliado								Rp1	Nro.	Nro.	Nro.						1	<small>NOMBRE GENERICO / concentracion / forma farmacéutica</small>										Rp2	Nro.	Nro.	Nro.						2	<small>NOMBRE GENERICO / concentracion / forma farmacéutica</small>									
PRESCRIPCION	Dosis Diaria	Cantidad recetada	Cantidad entregada	Precio Unitario	Total		% descuento a AFILIADO	Total a cargo de:		TROQUEL																																																						
	Otra Social	Afiliado																																																														
Rp1	Nro.	Nro.	Nro.						1																																																							
<small>NOMBRE GENERICO / concentracion / forma farmacéutica</small>																																																																
Rp2	Nro.	Nro.	Nro.						2																																																							
<small>NOMBRE GENERICO / concentracion / forma farmacéutica</small>																																																																
Diagnóstico Rp1: Diagnóstico Rp2:				TOTAL RECETA \$ TOTAL BENEFICIARIO \$ TOTAL OBRA SOCIAL \$																																																												
Fecha de prescripción: / /			Fecha de Dispensación: / /																																																													
<small>Certifica entrega de medicamentos</small>																																																																
<small>Firma y Sello del Profesional</small>		<small>Matricula N°</small>		<small>Firma y Sello del Farmacéutico</small>																																																												

Dorso

Ley Provincial 3741 (B.O. 30/06/2003) ESPECIALIDADES MEDICINALES PROMOCION DE UTILIZACION DE MEDICAMENTOS POR SU NOMBRE GENERICO		Autorización de medicamentos por médico auditor de I.P.R.O.S.S.	
Art. 1 - La presente ley tiene por objeto facilitar el acceso a los medicamentos como bien social básico y fundamental y la defensa del consumidor. Art. 4 - Toda receta o prescripción médica de conformidad a la ley 3672, deberá efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración. Art. 5 - En la dispensación los profesionales farmacéuticos, deberán ofrecer e informar al público de las diferentes presentaciones comerciales y/o los productos registrados y disponibles que respeten el principio activo, concentración, forma farmacéutica, similar cantidad de unidades y dosificación prescrita a tal fin de que el paciente elija el medicamento más conveniente a sus posibilidades sin alterar el criterio de prescripción y la pauta terapéutica indicada. Art. 6 - Toda receta o prescripción médica que no cumpla con lo establecido en el Art. 4 de la presente ley se tendrá por no prescripta, careciendo de valor alguno para autorizar el expendio del medicamento de que se trate.		<small>Firma, aclaración y sello</small>	
ENMIENDAS:			
COMPLETAR POR EL AFILIADO O TERCERO			
<small>Firma Conforme</small>		<small>Aclaración de Firma:</small> <small>Domicilio:</small> <small>Tipo y N° de Documento:</small> <small>Teléfono:</small>	
TROQUEL 3	TROQUEL 4	TROQUEL 5	TROQUEL 6
TROQUEL 7	TROQUEL 8		
VALIDEZ DEL RECETARIO: 30 DIAS CORRIDOS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION			
Sr. Farmacéutico: Previo a la dispensación de los medicamentos prescriptos y para evitar ulteriores inconvenientes, deberá corroborar: a. Que el beneficiario y/o Tercero interviniente firme la presente, acreditándose su identidad. b. Que la receta se encuentre perfectamente integrada por el profesional médico, con sello y firma del mismo.			
NO DEBE DISPENSAR LA RECETA SIN CONSIDERAR LAS RECOMENDACIONES ANTES ENUNCIADAS, EN CASO CONTRARIO LA RECETA SERA RECHAZADA.			

PMI – MADRE - FRENTE

 INSTITUTO PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD	PLAN MADRE	*3-00023001* 	
DATOS DEL BENEFICIARIO : - Num. Afiliado: - Apellido y Nombre Edad Fecha posible de parto / /			
PRESCRIPCION	Dosis Diaria Cantidad recetada Cantidad entregada Precio Unitario Total % descuento a/AFIADO	Total a cargo de: Otra Social Afiliado	TROQUEL
Rp1 NOMBRE GENERICO / concentracion / forma farmacéutica	Nro. Nro. Nro. Letra Letra Letra		1
Rp2 NOMBRE GENERICO / concentracion / forma farmacéutica	Nro. Nro. Nro. Letra Letra Letra		2
Diagnóstico Rp1: Diagnóstico Rp2:		TOTAL RECETA \$ TOTAL BENEFICIARIO \$ TOTAL OBRA SOCIAL \$	
Fecha de prescripción: / /		Fecha de Dispensación: / /	
Certifica entrega de medicamentos			
Firma y Sello del Profesional	Matricula Nº	Firma y Sello del Farmacéutico	

DORSO

<p>Ley Provincial 3741 (B.O. 30/06/2003) ESPECIALIDADES MEDICINALES PROMOCION DE UTILIZACION DE MEDICAMENTOS POR SU NOMBRE GENERICO</p> <p>Art. 1 - La presente ley tiene por objeto facilitar el acceso a los medicamentos como bien social básico y fundamental y la defensa del consumidor.</p> <p>Art. 4 - Toda receta o prescripción médica de conformidad a la ley 3672, deberá efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración.</p> <p>Art. 5 - En la dispensación los profesionales farmacéuticos, deberán ofrecer e informar al público de las diferentes presentaciones comerciales y/o los productos registrados y disponibles que respeten el principio activo, concentración, forma farmacéutica, similar cantidad de unidades y dosificación prescripta a tal fin de que el paciente elija el medicamento más conveniente a sus posibilidades sin alterar el criterio de prescripción y la pauta terapéutica indicada.</p> <p>Art. 6 - Toda receta o prescripción médica que no cumpla con lo establecido en el Art. 4 de la presente ley se tendrá por no prescripta, careciendo de valor alguno para autorizar el expendio del medicamento de que se trate.</p>	Autorización de medicamentos por médico auditor de I.P.R.O.S.S. Firma, aclaración y sello				
ENMIENDAS: 					
COMPLETAR POR EL AFILIADO O TERCERO					
Firma Conforme Aclaración de Firma: Tipo y Nº de Documento:	Domicilio: Teléfono:				
TROQUEL 3	TROQUEL 4	TROQUEL 5	TROQUEL 6	TROQUEL 7	TROQUEL 8
VALIDEZ DEL RECETARIO: 30 DIAS CORRIDOS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION					
Sr. Farmacéutico: Previo a la dispensación de los medicamentos prescritos y para evitar ulteriores inconvenientes, deberá corroborar: a. Que el beneficiario y/o Tercero interviniente firme la presente, acreditándose su identidad. b. Que la receta se encuentre perfectamente integrada por el profesional médico, con sello y firma del mismo.					
NO DEBE DISPENSAR LA RECETA SIN CONSIDERAR LAS RECOMENDACIONES ANTES ENUNCIADAS, EN CASO CONTRARIO LA RECETA SERA RECHAZADA.					

PMI- HIJO – FRENTE

I.P.R.O.S.S.
INSTITUTO PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD

PLAN PMI HIJO

0000001

A COMPLETAR POR DELEGACION IPROSS

DATOS DEL BENEFICIARIO: - Num. Afiliado: _____

- Apellido y Nombre: _____ Tipo de Afiliado: _____ Firma y Sello Responsable Delegación

- Tipo y N° de Documento: _____ Sexo: _____

- Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____

- Fecha de emisión Recetario: ____/____/____ Firma _____ Sello _____

PRESCRIPCION	Dosis Diaria	Cantidad recetada	Cantidad entregada	Precio Unitario	Total	% descuento al AFILIADO	Total a cargo de: Obra Social	Afiliado	TROQUEL
Rp1	Nro.	Nro.	Nro.						1
NOMBRE GENERICO	Letra	Letra	Letra						
Rp2	Nro.	Nro.	Nro.						2
NOMBRE GENERICO	Letra	Letra	Letra						

Diagnóstico Rp1: _____ TOTAL RECETA \$ _____

Diagnóstico Rp2: _____ TOTAL BENEFICIARIO \$ _____

TOTAL OBRA SOCIAL \$ _____

Fecha de prescripción: ____/____/____ Fecha de Dispensación: ____/____/____

Certifica entrega de medicamentos

Firma y Sello del Profesional | Matrícula N° _____ | Firma y Sello del Farmacéutico

DORSO

En caso que el médico sugiera una marca comercial

Autorización de medicamentos por médico auditor de I.P.R.O.S.S.

Rp1 _____

Rp2 _____

Firma, aclaración y sello

ENMIENDAS:

COMPLETAR POR EL AFILIADO O TERCERO

Aclaración de Firma: _____ Domicilio: _____

Tipo y N° de Documento: _____ Teléfono: _____

Firma Conforme

TROQUEL 3 | TROQUEL 4 | TROQUEL 5 | TROQUEL 6 | TROQUEL 7 | TROQUEL 8

VALIDEZ DEL RECETARIO: 30 DIAS CORRIDOS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION

Sr. Farmacéutico: Previo a la dispensación de los medicamentos prescritos y para evitar posteriores inconvenientes, deberá corroborar:

- Que el beneficiario y/o Tercero interviniente firme la presente, acreditándose su identidad.
- Que la receta se encuentre perfectamente integrada por el profesional médico, con sello y firma del mismo.
- Que se encuentren todos los datos requeridos a completar por la delegación del I.P.R.O.S.S..

NO DEBE DISPENSAR LA RECETA SIN CONSIDERAR LAS RECOMENDACIONES ANTES ENUNCIADAS, EN CASO CONTRARIO LA RECETA SERA RECHAZADA.

CRONICO – FRENTE

 INSTITUTO PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD		PLAN CRONICO		*2-00069401* 							
DATOS DEL BENEFICIARIO :											
- Num. Afiliado:		- Apellido y Nombre									
Edad		Sexo									
PRESCRIPCION		Dosis Diaría	Cantidad recetada	Cantidad entregada	Precio Unitario	Total	% descuento al AFILIADO	Total a cargo de: Obra Social	Afiliado	TROQUEL	
Rp1		Nro.	Nro.	Nro.						1	
NOMBRE GENERICO / concentracion / forma farmacéutica		Letra	Letra	Letra							
Rp2		Nro.	Nro.	Nro.						2	
NOMBRE GENERICO / concentracion / forma farmacéutica		Letra	Letra	Letra							
Diagnóstico Rp1:		TOTAL RECETA \$				TOTAL BENEFICIARIO \$					
Diagnóstico Rp2:		TOTAL OBRA SOCIAL \$									
Fecha de prescripción: / /			Fecha de Dispensación: / /								
Firma y Sello del Profesional		Matrícula N°		Firma y Sello del Farmacéutico							

CRONICO – DORSO

Ley Provincial 3741 (B.O. 30/06/2003) ESPECIALIDADES MEDICINALES PROMOCION DE UTILIZACION DE MEDICAMENTOS POR SU NOMBRE GENERICO		Autorización de medicamentos por médico auditor de I.P.R.O.S.S.	
Art. 1 - La presente ley tiene por objeto facilitar el acceso a los medicamentos como bien social básico y fundamental y la defensa del consumidor. Art. 4 - Toda receta o prescripción médica de conformidad a la ley 3672, deberá efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración. Art. 5 - En la dispensación los profesionales farmacéuticos, deberán ofrecer e informar al público de las diferentes presentaciones comerciales y/o los productos registrados y disponibles que respeten el principio activo, concentración, forma farmacéutica, similar cantidad de unidades y dosificación prescripta a tal fin de que el paciente elija el medicamento más conveniente a sus posibilidades sin alterar el criterio de prescripción y la pauta terapéutica indicada. Art. 6 - Toda receta o prescripción médica que no cumpla con lo establecido en el Art. 4 de la presente ley se tendrá por no prescripta, careciendo de valor alguno para autorizar el expendio del medicamento de que se trate.		Firma, aclaración y sello	
ENMIENDAS:			
COMPLETAR POR EL AFILIADO O TERCERO			
Firma Conforme		Aclaración de Firma: Domicilio: Tipo y N° de Documento: Teléfono:	
TROQUEL 3	TROQUEL 4	TROQUEL 5	TROQUEL 6
TROQUEL 7	TROQUEL 8		
VALIDEZ DEL RECETARIO: 30 DIAS CORRIDOS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION			
Sr. Farmacéutico: Previo a la dispensación de los medicamentos prescriptos y para evitar ulteriores inconvenientes, deberá corroborar: a. Que el beneficiario y/o Tercero interviniente firme la presente, acreditándose su identidad. b. Que la receta se encuentre perfectamente integrada por el profesional médico, con sello y firma del mismo.			
NO DEBE DISPENSAR LA RECETA SIN CONSIDERAR LAS RECOMENDACIONES ANTES ENUNCIADAS, EN CASO CONTRARIO LA RECETA SERA RECHAZADA.			

DIABETES - FRENTE



DATOS DEL BENEFICIARIO :

- Num. Afiliado: -Apellido y Nombre

Edad Sexo

PRESCRIPCIÓN	Dosis Diaria	Cantidad recetada	Cantidad entregada	Precio Unitario	Total	% descuento al AFILIADO	Total a cargo de:		TROQUEL
							Obra Social	Afiliado	
Rp1	Letra	Letra	Letra						1
NOMBRE GENERICO	Nro.	Nro.	Nro.						
Rp2	Letra	Letra	Letra						2
NOMBRE GENERICO	Nro.	Nro.	Nro.						
Rp3	Letra	Letra	Letra						3
NOMBRE GENERICO	Nro.	Nro.	Nro.						
Rp4	Letra	Letra	Letra						4
NOMBRE GENERICO	Nro.	Nro.	Nro.						
Rp5	Letra	Letra	Letra						5
NOMBRE GENERICO	Nro.	Nro.	Nro.						
Rp6	Letra	Letra	Letra						6
NOMBRE GENERICO	Nro.	Nro.	Nro.						

Diagnóstico:
 TOTAL RECETA \$
 TOTAL BENEFICIARIO \$
 TOTAL OBRA SOCIAL \$

Fecha de Prescripción: / / Fecha de Dispensación: / /

Certifica entrega de medicamentos

Firma y Sello del Profesional Matrícula N°
 Firma y Sello del Farmacéutico

EPILEPSIA - FRENTE

 INSTITUTO PROVINCIAL DEL SEGURO DE SALUD	PLAN 345	*6-00028901*			Código de barras				
DATOS DEL BENEFICIARIO : - Num. Afiliado: _____ - Apellido y Nombre _____ Edad _____ Sexo _____									
PRESCRIPCION	Dosis Día	Cantidad recetada	Cantidad entregada	Precio Unitario	Total	% descuento al AFILIADO	Total a cargo de: Otra Social AFILIADO		TROQUEL
Rp1	Letra	Letra	Letra						1
NOMBRE GENERICO	Nro.	Nro.	Nro.						
Rp2	Letra	Letra	Letra						2
NOMBRE GENERICO	Nro.	Nro.	Nro.						
Rp3	Letra	Letra	Letra						3
NOMBRE GENERICO	Nro.	Nro.	Nro.						
Rp4	Letra	Letra	Letra						4
NOMBRE GENERICO	Nro.	Nro.	Nro.						
Rp5	Letra	Letra	Letra						5
NOMBRE GENERICO	Nro.	Nro.	Nro.						
Rp6	Letra	Letra	Letra						6
NOMBRE GENERICO	Nro.	Nro.	Nro.						
Diagnóstico: _____						TOTAL RECETA \$ _____ TOTAL BENEFICIARIO \$ _____ TOTAL OBRA SOCIAL \$ _____			
Fecha de Prescripción: / /				Fecha de Dispensación: / /		Certifica entrega de medicamentos			
Firma y Sello del Profesional			Matricula N° _____			Firma y Sello del Farmacéutico			

EPILEPSIA / DIABETES – DORSO

Ley Provincial 3741 (B.O. 30/06/2003)

ESPECIALIDADES MEDICINALES

PROMOCION DE UTILIZACION DE MEDICAMENTOS POR SU NOMBRE GENERICO

Art. 1 - La presente ley tiene por objeto facilitar el acceso a los medicamentos como bien social básico y fundamental y la defensa del consumidor.

Art. 4 - Toda receta o prescripción médica de conformidad a la ley 3672, deberá efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración.

Art. 5 - En la dispensación los profesionales farmacéuticos, deberán ofrecer e informar al público de las diferentes presentaciones comerciales y/o los productos registrados y disponibles que respeten el principio activo, concentración, forma farmacéutica, similar cantidad de unidades y dosificación prescripta a tal fin de que el paciente elija el medicamento más conveniente a sus posibilidades sin alterar el criterio de prescripción y la pauta terapéutica indicada.

Art. 6 - Toda receta o prescripción médica que no cumpla con lo establecido en el Art. 4 de la presente ley se tendrá por no prescripta, careciendo de valor alguno para autorizar el expendio del medicamento de que se trate.

ENMIENDAS:

COMPLETAR POR EL AFILIADO O TERCERO

Firma Conforme	Aclaración de firma:	Domicilio:
	Tipo y Nº de Documento:	Teléfono:

TROQUEL 7	TROQUEL 8	TROQUEL 9	TROQUEL 10	TROQUEL 11	TROQUEL 12
-----------	-----------	-----------	------------	------------	------------

VALIDEZ DEL RECETARIO: 30 DIAS CORRIDOS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION

Sr. Farmacéutico: Previo a la dispensación de los medicamentos prescritos y para evitar ulteriores inconvenientes, deberá corroborar:
a. Que el beneficiario y/o Tercero interviniente firme la presente, acreditándose su identidad.
b. Que la receta se encuentre perfectamente integrada por el profesional médico, con sello y firma del mismo.

NO DEBE DISPENSAR LA RECETA SIN CONSIDERAR LAS RECOMENDACIONES ANTES ENUNCIADAS, EN CASO CONTRARIO LA RECETA SERA RECHAZADA.