



---

# 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 del que retira los medicamentos, deben constar tanto **AL DORSO DE LA RECETA COMO EN LA COPIA DEL TICKET.**  
La firma y sello del profesional Farmacéutico debe 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

|                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                           |                               |                                                                                                     |                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>PAMI</b><br><small>INSSJP</small><br>OBRA SOCIAL: S-0080                                                                                  |  | UNIDAD OPERATIVA > Ciudad Autónoma de Buenos Aires   06                   |                               | <br>062100000022 |                                                                                                       |
| APELLIDO Y NOMBRES DEL AFILIADO _____                                                                                                                                                                                          |  |                                                                           |                               |                                                                                                     |                                                                                                       |
| NÚMERO DE BENEFICIARIO _____                                                                                                                                                                                                   |  | GR   00                                                                   | FECHA DE EMISIÓN   07/09/2016 |                                                                                                     | <br>01010337120700 |
| CÓDIGO DE FARMACIA _____                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                           |                               |                                                                                                     |                                                                                                       |
| MEDICAMENTOS                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                           |                               |                                                                                                     |                                                                                                       |
| Rp/1   <b>metoprolol 10 mg</b>                                                                                                                                                                                                 |  | <b>10 mg comp a 10</b>                                                    |                               | CANT. REC.   1                                                                                      | <div>TROQUEL 1</div> <div>TROQUEL 2</div> <div>TROQUEL 3</div> <div>TROQUEL 4</div>                   |
| Rp/2   <b>gabapentina 300 mg</b>                                                                                                                                                                                               |  | <b>300 mg comp a 10</b>                                                   |                               | CANT. REC.   2                                                                                      |                                                                                                       |
| FIRMA Y SELLO ACLARATORIO PROFESIONAL                                                                                                                                                                                          |  |                                                                           |                               |                                                                                                     |                                                                                                       |
|                                                                                                                                              |  | DIAGNÓSTICO PRINCIPAL   <b>I11</b><br>DIAGNÓSTICO SECUNDARIO   <b>I34</b> |                               |                                                                                                     |                                                                                                       |
| <p>* LA RECETA DEBE VALIDARSE POR EL SISTEMA ONLINE EN LA FARMACIA</p> <p>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.</p> |  |                                                                           |                               |                                                                                                     |                                                                                                       |

| 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 Soci/PAMI                       |                    |
| Cant./Precio Unit.                |                    |

*Eduardo*  
Eduardo Cordoba  
202716  
AV. decomp 485

FARMACIA CENTRAL  
S. F. DEL VALLE DE CATAMARCA S.R.L.  
CUIT 78-8  
I. BRUTOS  
PAMI  
RIVADAVIA 652 TEL  
CATAMARCA

UNIDAD OPERATIVA &gt; Ciudad Autónoma de Buenos Aires | 06

TALONARIO NRO.  
138180

RECEITA Nº 01.



1606936079012

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>FARMACIA</b></p> <p>a) PHARMA S R L</p> <p>b) CUIT Nro.: 222</p> <p>c) ING. BRUTOS: RIVADAVIA</p> <p>d) S.F. DEL VALLE DE CP</p> <p>e) INICIO ACTIVIDAD: 05-06-1994</p> <p>f) IVA RESPONSABLE INSCRIPTO</p> <p>TIQUE FACTURA B Nro. Fecha 17/07/17 Hora 20:12:24</p> <p>ELI (0) D</p> <p>CUAL Afil.: SALVADOR AUG</p> <p>LA DNI: 00000000002</p> <p>Instru A CONSUMIDOR FINAL</p> <p>Señor S</p> <p>Es su Localidad: N/A</p> <p>Grupot</p> <p>0 Soc:PAMI</p> <p>Cent./Precio Unit.</p> <p>b) Que sean correctos los importes colocados en los casilleros "a cargo del afiliado" y "a cargo de la obra social."</p> |  | <p>y a efectos de evitar</p> <p>del dispensador del</p> <p>de corresponda con la firma</p> <p>dencial o constancia de</p> <p>la por el profesional médico</p> <p>corridos desde la fecha de</p> <p>NO CUMPLA CON CASO CONTRARIO,</p> <p>ando ha corroborado que:</p> <p>eros del área "Para ser cantidad entregada, cargo de la obra social).</p> | <p>AFIILIADO <input type="checkbox"/> TERCERO INTERVINIENTE <input type="checkbox"/></p> <p>DOCUMENTO</p> <p>TIPO <b>DN-3</b> NUMERO <b>260134</b></p> <p>FIRMA CONFORME</p> <p>ACLARACIÓN</p> <p>DOMICILIO <b>Men-cho, Pol-ee</b></p> <p>TELÉFONO <b>88091</b></p> <p>CERTIFICADO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS</p> <p><b>FARMACIA DE PHARMA S R L</b></p> <p>CUIT: 222</p> <p>BRUTOS: 88</p> <p>PAMI</p> <p>RIVADAVIA 852</p> <p>CATED</p> <p>SELECCIONADO AUTOMÁTICAMENTE</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|