



Mendoza 16 de mayo 2023

Ref.: Dar de baja la obligación del sello de boca de expendio en receta e incorporación de receta de Autogestión.

Estimado prestador

Nos dirigimos a ustedes a fin de informar que no es necesaria la presencia del sello y firma de la boca de expendio en las recetas de OSPRERA. La ausencia del mismo NO será motivo de débito por parte nuestra.

También la incorporación por parte de la obra social de la receta de AUTOGESTIÓN. La misma se envía al afiliado por mail o WhatsApp y cuenta con un código QR en la parte superior derecha. Esta receta es válida y reconocida.

Adjuntamos copia de la misma.

Agradecemos la comunicación inmediata a sus farmacias.

Sin otro particular lo saludo atentamente.



GUILLERMO CAPONE
Centador Gral. Red Farmacéutica
AEPS

RECETARIO



Lugar: 5770000019 - CORRIENTES CAPITAL - SECC.1 (CORRIENTES)

Fecha: 15/05/2023

Nº: 05-019-05413226

Nº Valid. Afil.: C2-B9-1F



DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: GUERRERO CIRO RIDUAN CUIL/T Titular: 20369559053
 Tipo y Nº de Documento: DNI: 57063024 Sexo: M Fecha de Nacimiento: 06/06/2018 Edad: 4
 Tipo de Afiliado: RURAL Boca de Expendio: 5770000019 - CORRIENTES CAPITAL - SECC.1

PRESCRIPCION	Cantidad Recetada	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Total	% descuento al AFILIADO	Precio		
						Obra Social	Afiliado	
NOMBRE COMERCIAL	Número	Número						TROQUEL 1
NOMBRE GENERICO	Letra	Letra						
NOMBRE COMERCIAL	Número	Número						TROQUEL 2
NOMBRE GENERICO	Letra	Letra						

Diagnóstico R1: _____
 R2: _____
 TOTAL RECETA \$ _____
 TOTAL BENEFICIARIO \$ _____
 TOTAL OBRA SOCIAL \$ _____

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

Firma y Sello del Responsable de Boca de Expendio Firma y Sello del Profesional Matrícula Nº Firma y Sello del Farmacéutico

Desc. S/Form. Terap. Amb. OSPRERA

COMPLETAR POR EL AFILIADO O TERCERO

Aclaración de firma: _____ Domicilio: _____

Firma Conforme Tipo y Nº de Documento: _____ Teléfono: _____

TROQUEL 3 TROQUEL 4 TROQUEL 5 TROQUEL 6 TROQUEL 7

VALIDEZ DEL RECETARIO: 30 DIAS CORRIDOS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION Y VERIFICANDO EL CODIGO DE SEGURIDAD

! RECOMENDACIONES PARA EL FARMACEUTICO

SR. FARMACEUTICO: 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.
- c. Que no hayan transcurrido 30 (treinta) días corridos desde la fecha de emisión de la misma.

NO DEBE DISPENSAR LA RECETA SIN CONSIDERAR LAS RECOMENDACIONES ANTES ENUNCIADAS, EN CASO CONTRARIO LA RECETA SERÁ RECHAZADA. POR CUALQUIER CONSULTA NO DUDE EN COMUNICARSE AL TELÉFONO: 0 800 999 AEPS (6458)