

POLICIA FEDERAL

RECETARIOS

Nos informan desde la Obra Social de POLICIA FEDERAL, la **nueva metodología para la adquisición del RECETARIO FARMACÉUTICO** para sus afiliados, ya que la Delegación en Mendoza **“DEJARAN DE ENTREGAR DICHO RECETARIO”**.

Los afiliados podrán **descargar los recetas**, a través del siguiente link: (<https://turnos.supbienestar.gob.ar/login.xhtml>), con el cual van al médico para ser llenado y luego concurrir a la farmacia.

| POLICIA FEDERAL ARGENTINA Superintendencia de BIENESTAR | | RECETARIO FARMACÉUTICO | |
|--|--------|----------------------------|------------------|
| Nº | | A | |
| AFILIADO Nº: | | Fecha | Género |
| APELLIDO | | Edad | |
| NOMBRES | | | |
| ENTE EMISOR DE LA RECETA | | | |
| PROFESIONAL RESPONSABLE (Apellido y Nombre) | | | |
| MATRÍCULA PROFESIONAL | CÓDIGO | Tratamiento Prescrito | Cantidad de días |
| PRESCRIPCIÓN | | M/Inte | P/Asistario |
| 01 | | | Importe |
| 02 | | | |
| TOTAL RECETAS | | | |
| Firma y sello del Profesional Responsable | | A/C Afiliado | |
| TROQUEL 1 | | A/C Obra Social | |
| TROQUEL 2 | | | |
| TROQUEL 3 | | | |
| TROQUEL 4 | | | |
| OBSERVACIONES: | | CODIFICACION DEL RDC 24477 | |
| | | | |

DISTRIBUCIÓN GRATUITA

INSTRUCCIONES PARA EL FARMACÉUTICO:

Recuerde que Ud. no puede atender esta receta si tiene enmiendas o tachaduras no salvadas por el facultativo o que no esté debidamente firmada por él.

INSTRUCCIONES PARA EL AFILIADO:

- 1- Pasados TREINTA (30) días corridos de la fecha de prescripción, la receta perderá validez para obtener descuento.
- 2- Controlar que estén anulados los espacios destinados a prescripción (R/P) no utilizados por el médico.
- 3- Controlar que el farmacéutico anule los casilleros de importe correspondientes a (R/P) no utilizados o medicamentos no expedidos.
- 4- Sólo se firmará de conformidad cuando se encuentren completados (o anulados) todos los casilleros del área para farmacia (fecha de venta - cantidad entregada - precio unitario - importe a cargo del afiliado - A/C O.S.) y precia comprobación de la corrección de los importes "A/C. Afiliado y A/C Obra Social".

CÓDIGO FARMACIA

| | |
|------------------------|--|
| SELLO FARMACIA | Firma conforme del afiliado o 3º interviniente |
| | Aclaración de la firma |
| Firma del Farmacéutico | Nº de documento del 3º interviniente |
| | FECHA DE VENTA |