

5225 OSFATLYF

O.SOC.FEDERADA ARG.TRAB.DE LUZ Y FUERZA

Fecha de vigencia: 01/04/17

NRO.: 6

- **TROQUELADO**
.Si requiere con código de barra (Adherir con goma de pegar).
- **VADEMECUM**
.PMO.
.PMO Especial.
.PMI.
- **PROHIBICIONES**
.Todo producto fuera de Vademécum.
- **DIAGNOSTICO**
.Si requiere (no excluyente).

OBSERVACIONES

- **MODALIDAD DE FACTURACION**
.Las recetas deberán ser facturadas en la 1er presentación posterior a la dispensa.
.Validación de la tercer Receta: Serán válidas todas las recetas autorizadas por la Obra Social, conteniendo firma y sello de médico de OSFATLyF y/o Delegación.
.Una vez que el afilado haya completado los requisitos solicitados por la Obra Social, se dirigirá a la Farmacia con la receta autorizada. Para validar online dichas recetas se deberá ingresar el número de receta o bien ingresar el código de autorización en el campo número de recetario.



OSFATLY
Obra Social Federación Argentina
de Trabajadores de Luz y Fuerza

**PLAN
PMO E**

SERIE RECETA

B 040001

NÚMERO DE BENEFICIARIO CATEGORÍA EDAD SEXO CÓDIGO DE FARMACIA N° DE ORDEN

APELLIDO Y NOMBRE FECHA EMISIÓN FECHA PRESTACIÓN

RP/1

CANTIDAD RECETA PRECIO UNITARIO A/C O. SOCIAL
PRECIO TOTAL CANT. ENTREG. 50 %
70 %
100 %

Código Profesional

Código Institución

Certifico entrega de los medicamentos

RP/2

CANTIDAD RECETA PRECIO UNITARIO A/C O. SOCIAL
PRECIO TOTAL CANT. ENTREG. 50 %
70 %
100 %

Sello y Firma Farmacéutico

CONFORMIDAD AFILIADO
PLAN PMO E

Beneficiario 3ro. Interventista

EN VIGENCIA LEY 25.649

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

CODIGO TOTAL RECETA

A CARGO AFILIADO

Firma del Afiliado

Aclaración

DIAGNOSTICO SECUNDARIO

CODIGO A CARGO O. SOCIAL

Domicilio

N° de Documento

FIRMA DEL PROFESIONAL

T
R
O
Q
U
E
L

T
R
O
Q
U
E
L

T
R
O
Q
U
E
L

T
R
O
Q
U
E
L

T
R
O
Q
U
E
L

T
R
O
Q
U
E
L

SELLO ACLARATORIO

MATRICULA N°

6

5

4

3

2

1



SERIE RECETA

B 040001

PLAN PMO
E 22%

N° DE ORDEN

TALON COMPLEMENTARIO

PLAN PMO E 22 %

TROQUEL 1

FECHA PRESTACIÓN

PRECIO UNITARIO RP/1

PRECIO TOTAL CANT. ENTREG.

TROQUEL 2

PRECIO UNITARIO RP/2

PRECIO TOTAL CANT. ENTREG.

TROQUEL 3

TOTAL RECETA

A CARGO AFILIADO

A CARGO O. SOCIAL 22%

TROQUEL 4

TROQUEL 5

CONFORMIDAD AFILIADO
PLAN PMO E

Beneficiario 3ro. Interventista

TROQUEL 6

Firma del Afiliado

Aclaración

Domicilio

N° de Documento

Certifico entrega de los medicamentos

Sello y Firma Farmacéutico

OSFATLY
Obra Social Federación Argentina de Trabajadores de Luz y Fuerza

