

**DESCUENTO:**

- ❖ DENTRO DEL F.T OSFATLYF 20% DESC. (del total)
- ❖ FUERA DEL F.T. OSFATLYF 20% DESC. CON TROQUEL
- ❖ EL RESTO IGUAL NORMATIVAS QUE OSFATLYF-SIFAR-

**TIPO DE RECETARIO:**

- ❖ OFICIAL

**VALIDEZ DE LA RECETA:**

- ❖ DENTRO DEL MES EN CURSO, CON 5(CINCO) DIAS MAS DEL MES SIGUIENTE SOLO PARA EL EXPENDIO DE FARMACIA (NO PARA PRESCRIPCION MEDICA)

**CANTIDAD:**

- ❖ CON AUTORIZACION O. SOCIAL : SIN LIMITES.

**FACTURACION:**

- ❖ MENSUAL- CARATULA: SISTEMA UNIFICADO

**EXCLUSIONES:**

- ❖ ALIMENTOS Y/O PRODUCTOS DIETETICOS
- ❖ ANTIANDROGENICOS
- ❖ ANTICONCEPTIVOS
- ❖ ANTIESTROGENICOS
- ❖ COSMETICOS
- ❖ HERBOSTERIA
- ❖ HOMEOPATICOS
- ❖ INMUNOMODULADORES
- ❖ INMUNOSUPRESORES
- ❖ FORMULAS MAGISTRALES
- ❖ LECHES
- ❖ PRODUCTOS DE PRESENTACION Y/O USO HOSPITALARIO
- ❖ PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCION SEXUAL MASCULINA
- ❖ PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD
- ❖ SOLUCIONES PARENTENALES
- ❖ SONDAS/ GUIAS DE SUERO
- ❖ VENTA LIBRE

VENCIMIENTO:

RECETA N°

NRO. DE AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRES DEL AFILIADO

FECHA PRESCRIPCION

RP1

FECHA EXPENDIO

RP2

IMPORTE TOTAL

IMPORTE TOTAL

CFL .....%

FIRMA Y SELLO MEDICO

FIRMA Y SELLO FARMACIA

FIRMA AFILIADO:

ACLARACION:

DOC.:

DOMICILIO / TE:

QUEDAN EXCLUIDOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTAN CUBIERTOS AL 70% DE DESCUENTO POR LA O.SOCIAL.-