

PRE = siempre con autoriz. (fuera o dentro vadem.)

→ U.O.M. LUJAN (ES SOLO PARA EL PARTIDO DE LUJAN)

VADEMECUM : → ENSIAF

DESCUENTO : 40%  
 AFILIADO : 60%

INSTRUCCIONES

1) Sr. Afiliado:  
 • Controle con su médico que el recetario esté correctamente llenado, para evitar inconvenientes en la Farmacia.  
 • No firme este recetario si no ha sido llenado totalmente por el farmacéutico, con todos los precios y totales.

2) Sr. Profesional Prescribiente:  
 • Escriba claramente nombre y número de afiliado.  
 • Anule los renglones no utilizados.  
 • OBLIGATORIAMENTE la prescripción debe ser de puño y letra. Cuando firme deberá consignar la cantidad total de medicamentos prescriptos (envases) en números y letras.  
 • CANTIDADES: - Envase tamaño grande, 1 por receta. (1 SOLO POR RECETA, TAMAÑO GRANDE O MEDIANO)  
 - Envase tamaño chico, 1 SOLO POR RENGLÓN.  
 - Inyectables, 5 ampollas o frascos por receta.  
 MULTIDOSIS : 1 SOLO

3) Sr. Profesional Farmacéutico:  
 • Si no está indicado deberá expender el de menor tamaño.  
 UOM no abonará recetarios incorrectamente redactados o incompletos.  
 • importante: la validez de la receta, a los fines del descuento, es de 10 (diez) días corridos desde la fecha de prescripción.

4) CONFORME AFILIADO O TERCERO: FIRMA, ACLARACION, DOCUMENTO Y DOMICILIO.

5) MEDICAMENTOS FUERA DE VADEMECUM : SI ESTAN AUTORIZADOS POR LA C.A. SELLO Y FIRMA DEL SECRETARIO GENERAL, TIENEN 40% DE DESCUENTO.

6) ADJUNTAR TICKETS DE VENTA

OSUOMRA				RECETA				CODIGO PROFESIONAL O INSTITUCION		SERIE		RECETA		CODIGO OBRA SOCIAL			
								Nº		0001							
FECHA DE EMISION		NUMERO DE C.U.I.L.				VF	PLAN	EDAD		FECHA DISPENSACION		CODIGO FARMACIA		ORDEN Nº			
APELLIDO Y NOMBRE								SEXO	M	F	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	% A CARGO OBRA SOCIAL	ROTULO 1		
								CANTIDAD RECETADA						ROTULO 2			
								NROS	LETRAS								
Rp														ROTULO 3			
Rp																	
Nº																	
DIAGNOSTICO								SELO		CERTIFICADO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS		TOTAL RECETA					
								SELO ACLARACION FIRMA Y MATRICULA		FIRMA FARMACEUTICO		A CARGO BENEFIC					
												A CARGO O SOCIAL					
												BENEF		TERCERO INTERY			
												Tipo		Nº			
ROTULO 4		ROTULO 5		ROTULO 6								FIRMA CONFORME ACLARACION					
												DOMICILIO					



## UNION OBRERA METALURGICA

DE LA REPUBLICA ARGENTINA  
ASOCIACION PROFESIONAL CON PERSONERIA GREMIAL  
ADHERIDA A LA CONFEDERACION GENERAL DEL TRABAJO  
SECC. LUJAN. M. MORENO 1154 LUJAN (B) T.E. 02323-422788  
FILIAL RODRIGUEZ. BALCARCE 358 T.E. 0237-4842998  
e-mail: uomlujan011@hotmail.com.ar

Lujan, 15 de Febrero de 2017.-

AL COLEGIO DE  
FARMACÉUTICOS DE  
LUJAN  
S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Uds., a efectos de informarles las personas que están autorizadas para firmar los recetarios.

CARDOZO MIGUEL A. (SEC GENERAL)  
CARDOZO LEONARDO ( TESORERO)  
ACOTTO LELIA ( ADMINISTRATIVA)  
LOPEZ GISELA ( ADMINISTRATIVA)  
PONTELLI MARIELA ( ADMINISTRATIVA)  
BENTANCOURT YANINA ( ADMINISTRATIVA)  
MAINETTI EZEQUIEL ( COLABORADOR)

Sin otro particular, saludo a Uds., muy atte.-



  
MIGUEL A. CARDOZO  
Secretario General  
UOMRA SEC. LUJAN