

CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL CNSS

Rx		SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL RECETA UNICA		0000000001
Fecha de Prescripción Día _____ Mes _____ Año _____		Datos paciente		Sello ARS
ARS : _____		Nombre _____ Apellido _____ NSS _____ Edad _____ Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No. Ficha Familiar _____		
Datos Establecimiento de Salud				
Nombre del Establecimiento de Salud _____		Codigo _____		
Nombre Medicamentos	Posología, Duración del Tratamiento	Cantidad		
1- _____				
2- _____				
3- _____				
Datos del Médico		Datos del Establecimiento Farmacéutico		
Número de colegiación _____		Nombre _____ Nº registro _____		
Codigo _____		Nombre del farmacéutico _____		
Nº CIDC _____		Exequatur _____ Fecha de Entrega _____		
Firma del Médico _____		Firma del farmacéutico _____		
Nº autorización _____		Firma del Paciente _____		
Original ARS		Copia del paciente		Copia verde: farmacia
				Observaciones para el caso

RECETA AMBULATORIA EN EL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

RECETA: DISPOSICIONES GENERALES

- ❑ **Abarca los tratamientos establecidos en el ámbito ambulatorio**
- ❑ **Los tratamientos establecidos en los hospitales, pero destinados a pacientes egresados de las áreas de internamiento.**
- ❑ **Es de carácter obligatorio**
- ❑ **Se expedirá en talonarios de papel químico (autocopiable) en original y dos copias asignadas de la siguiente forma**
 - > Original para la ARS**
 - > Primera copia, de color azul, para el paciente**
 - > Segunda copia de color verde para el establecimiento que dispensa la receta.**

RECETA: DISPOSICIONES GENERALES

- **Datos consignados por el prescriptor, el farmacéutico y el paciente.**
- **El llenado de la receta se realiza con bolígrafo, con letras claras, sin borrones ni tachaduras, completando todos los datos solicitados.**
- **La prescripción no deberá superar la cantidad de medicamentos estimada para un mes de tratamiento.**
- **Para tratamientos de mas de tres medicamentos se utilizara los formularios que sean necesarias para completar la prescripción**
- **El prescriptor y el farmacéutico podrán utilizar el dorso de la copia destinada al paciente (de color azul) a los fines de consignar recomendaciones generales para el cumplimiento del tratamiento.**

RECETA: DISPOSICIONES GENERALES

La orden médica que abarca los tratamientos prescritos en las áreas de internamiento :

- Original para el expediente del paciente**
- Copia para la dispensación en el servicio de farmacia y además, para los procedimientos administrativos correspondientes**

RECETA: DISPOSICIONES GENERALES

Responsabilidad del establecimiento farmacéutico al momento de la dispensación

Verificar:

La condición de derecho del paciente a recibir los medicamentos prescritos.

Que los datos del paciente corresponden a los del carnet de afiliado

Comprobar que las especialidades farmacéuticas están incluidas en la lista de medicamentos del PDSS.

Confirmar que todos los datos estén completos y legibles

Comprobar que la receta cumple todos los requisitos que acreditan su validez.



RECETA: ASPECTOS GENERALES

Responsabilidad del establecimiento farmacéutico al momento de la dispensación

Verificar:

Confirmar autorización de la ARS cuando se trate de especialidades farmacéuticas para tratamiento de enfermedades de alto costo.

El registro del número del Certificado de Inscripción de Drogas Controladas asignado por la Dirección Nacional de Control de Drogas (CIDC) la prescripción de medicamentos controlados (narcóticos, psicotrópicos),

Que la receta esta acompañada del formulario requerido para la prescripción y dispensación de estos medicamentos, de acuerdo a la Ley 50-88.



RECETA: DISPOSICIONES GENERALES

Responsabilidad del establecimiento farmacéutico al momento de la dispensación

Consultar la información de los registros de médicos autorizados, ARS y/o afiliados cuando surjan dudas razonables sobre la receta presentada o del paciente que la solicita.

Observar si el médico prescriptor recomienda algunas instrucciones especiales para el paciente y la reforzarlas al momento de la dispensación.

Orientar al beneficiario sobre las condiciones especiales requeridas por el medicamento para su utilización y conservación.

Entregar la medicación dispensada al paciente y si procede especificar en forma escrita (al dorso de la copia de color azul), la información pertinente.

RECETA: ASPECTOS GENERALES

Responsabilidad del establecimiento farmacéutico al momento de la dispensación

Confirmar la comprensión del beneficiario sobre la utilización de los medicamentos prescritos.

Asegurar que el paciente firme la receta al recibir los medicamentos dispensados

Conservar la receta en original y segunda copia para fines de los trámites administrativos correspondientes.

Dispensar con carácter obligatorio los medicamentos prescritos. No sustituirlos

RECETA: ASPECTOS GENERALES

Dispensación de tratamientos de larga duración y de alto costo

La ARS autorizará al médico primario, para los meses subsiguientes, la prescripción de los medicamentos en los tratamientos de larga duración de acuerdo a las indicaciones contenidas en el reporte de contrarreferencia.

La prescripción y dispensación de los medicamentos de alto costo se realizara en el marco de las disposiciones de la presente norma, y su expendio requerirá de la debida autorización por parte de la ARS correspondiente.

ASPECTOS GENERALES

- ❑ **Solo se podrá indicar** hasta 3 medicamentos por receta
- ❑ **Para pacientes que requieran tratamiento para una o más patologías cuyo número supere el máximo de tres medicamentos por receta**, se utilizará el número de recetas que sean necesarias para completar la prescripción de los tratamientos correspondientes
- ❑ **La cantidad de dosis prescritas en cada receta no debe superar el tratamiento de un mes**

CONTENIDO DEL FORMULARIO DE RECETA

DATOS PRE-IMPESOS

- Validez de la receta**
- Descripción de los datos a completar**
- Numeración de la receta**
- La indicación de los destinatarios finales del original y las dos copias**

Datos a ser completados por el médico u odontólogo que prescribe

Información General

- **Fecha de prescripción:** Es la fecha en que el médico u odontólogo realizó la prescripción
- **Nombre de la ARS:** Es el nombre de la Administradora de Riesgos de Salud a la que este afiliado el paciente.
- **Nombre del establecimiento de salud:** Es el nombre del establecimiento.
- **Código del establecimiento de salud:** Es número de código establecido por habilitación para la operación de este establecimiento.

Datos a ser completados por el médico u odontólogo que prescribe

Datos del paciente

- Nombres:** Se registra el ó los nombres del paciente
- Apellidos:** Se registra el ó los apellidos del paciente
- NSS:** Se registra el número de seguridad social del paciente
- N° de la ficha familiar:** Se registra el número de la ficha familiar , si aplica
- Edad:** Se registra la edad del paciente
- Sexo:** Se registra el sexo del paciente

Datos a ser completados por el médico u odontólogo que prescribe

Indicaciones para el paciente sobre el tratamiento

- Nombre de los medicamentos:** Espacio habilitado para registrar el nombre, la concentración, la forma farmacéutica y la vía de administración de cada medicamento.
- Posología, duración del tratamiento:** Es donde se registra la dosis a tomar respecto a la unidad de dosificación, el intervalo de tiempo entre las tomas y el número de días que cubre la prescripción.
- Cantidad:** Se refiere al número total de unidades de dosificación que se requiere para completar el tratamiento indicado.

Datos a ser completados por el médico u odontólogo que prescribe

Datos del médico

- **Número de colegiación:** Es el número de inscripción (de carnet) asignado por el colegio Médico Dominicano que lo identifica como miembro de esa institución.

- **Código ARS :** Corresponde al número que le asigna la ARS al prescriptor

- **N° CIDC :** Espacio habilitado para registrar el número de Certificado de Inscripción de Drogas Controladas asignado por la Dirección Nacional de Control de Drogas al médico mediante el cual le autoriza la prescripción de productos bajo control por esa dirección, en los casos que aplique.

- **Firma:** Se coloca la firma del médico u Odontólogo que prescribe

Datos a ser completados por el médico u odontólogo que prescribe

Datos a completar por el establecimiento Farmacéutico

- Nombre:** Se registra el nombre de la farmacia legalmente autorizada por la SESPAS.
- N° de registro:** Se registra el número de apertura del establecimiento otorgado por la entidad correspondiente
- Nombre del farmacéutico:** Se registra el nombre completo del farmacéutico
- Exequátur:** Es el número autorizado para el ejercicio profesional mediante el decreto correspondiente por el poder ejecutivo

Datos a ser completados por el establecimiento farmacéutico

- **Fecha de la entrega:** Se registra la fecha en que se dispense los medicamentos prescritos (día, mes, año)
- **Numero de autorización:** Es el número indicado por la ARS mediante el cual se autoriza el despacho de los medicamentos por parte del establecimiento farmacéutico.
- **Firma del farmacéutico:** Es la firma del profesional que valida la receta

Datos a ser completados por el beneficiario

- **Firma del paciente:** Es la firma del beneficiario de la receta al momento de retirar la totalidad de los medicamentos prescritos.
- **Cédula:** Se registra el número completo de la cédula del beneficiario al momento de estampar su firma.

Datos a ser completados por el beneficiario

- **Firma del paciente:** Es la firma del beneficiario de la receta al momento de retirar la totalidad de los medicamentos prescritos.
- **Cédula:** Se registra el número completo de la cédula del beneficiario al momento de estampar su firma.

Datos a ser completados por el médico u odontólogo que prescribe

Datos a completar por el paciente

- **Firma del paciente:** Es la firma del beneficiario de la receta al momento de retirar la totalidad de los medicamentos prescritos.
- **Cédula:** Se registra el número completo de la cédula del beneficiario al momento de estampar su firma.

RECETA: ASPECTOS GENERALES

Obligaciones de los asegurados



Presentar su carnet de identificación como afiliado al SDSS al momento de retirar los medicamentos prescritos.

Verificar que los medicamentos entregados se corresponden con lo prescrito en la receta y consignados a recibir.

Firmar de la receta al momento de recibir la totalidad de los medicamentos prescritos

Cuando por su estado de salud, el beneficiario no puede acudir al establecimiento a retirar los medicamentos prescritos, pueden ser retirados por un tercero, quien presentará su cédula de identidad y firmará la receta al momento de recibir el total de los medicamentos.

RECETA: ASPECTOS GENERALES

Causas de devolución de las recetas

Ausencia de los datos requeridos en el formulario, según el caso.

Que no coincida la información del paciente con las contenidas en su carnet de afiliado

Que contengan enmiendas, añadidos o borrones que afecten la identificación del producto prescrito y la identificación del asegurado.

Con escritura que dificulte la correcta lectura de la información

Recetas en las que se verifique falsedad o Sospecha sobre la información registrada.

Cuando se prescriban especialidades farmacéuticas que no estén incluidas en la lista de medicamentos del PDSS.

Recetas reportadas posterior al plazo establecido (10 días hábiles) a partir de la fecha de prescripción.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO Y USO DE LA RECETA

<p>Rx </p> <p>Validéz 10 días</p>	<p>SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL RECETA UNICA</p>	<p>0000000001</p>													
<p>Fecha de Prescripción</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Día</td> <td style="width: 33%;">Mes</td> <td style="width: 33%;">Año</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año				<p>Datos paciente</p> <p>Nombre _____</p> <p>Apellidos _____</p> <p>NSS _____</p> <p>Edad _____ Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No. Ficha Familiar _____</p>		<p>Sello ARS</p>						
Día	Mes	Año													
<p>ARS : _____</p>															
<p>Datos Establecimiento de Salud</p>															
Nombre del Establecimiento de Salud _____		Codigo _____													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;">Nombre Medicamentos</th> <th style="width: 30%;">Posología, Duración del Tratamiento</th> <th style="width: 25%;">Cantidad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1- _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2- _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3- _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>				Nombre Medicamentos	Posología, Duración del Tratamiento	Cantidad	1- _____	_____	_____	2- _____	_____	_____	3- _____	_____	_____
Nombre Medicamentos	Posología, Duración del Tratamiento	Cantidad													
1- _____	_____	_____													
2- _____	_____	_____													
3- _____	_____	_____													
<p>Datos del Médico</p> <p>Número de colegiación _____</p> <p>Código _____</p> <p>N° CIDC _____</p> <p>Firma del Médico _____</p>		<p>Datos del Establecimiento Farmacéutico</p> <p>Nombre _____ N° registro _____</p> <p>Nombre del farmacéutico _____</p> <p>Exequatur _____ Fecha de Entrega _____</p> <p>Firma del farmacéutico _____</p>													
N° autorización _____		Firma del Paciente _____ Cédula _____													
Original ARS Copia azul: paciente Copia verde: farmacia		Observaciones para el uso													

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO Y USO DE LA RECETA

Propósito del instructivo

Facilitar e instruir a los prescriptores y dispensadores de la receta, en el llenado correcto del formato de receta médica en el SDSS.

DESCRIPCION E INSTRUCCIONES GENERALES

Completar todos los datos solicitados.

Hasta 3 medicamentos por receta.

Otro formulario cuando sea necesario

Letras claras, sin borrones ni tachaduras



Llenadas con bolígrafo



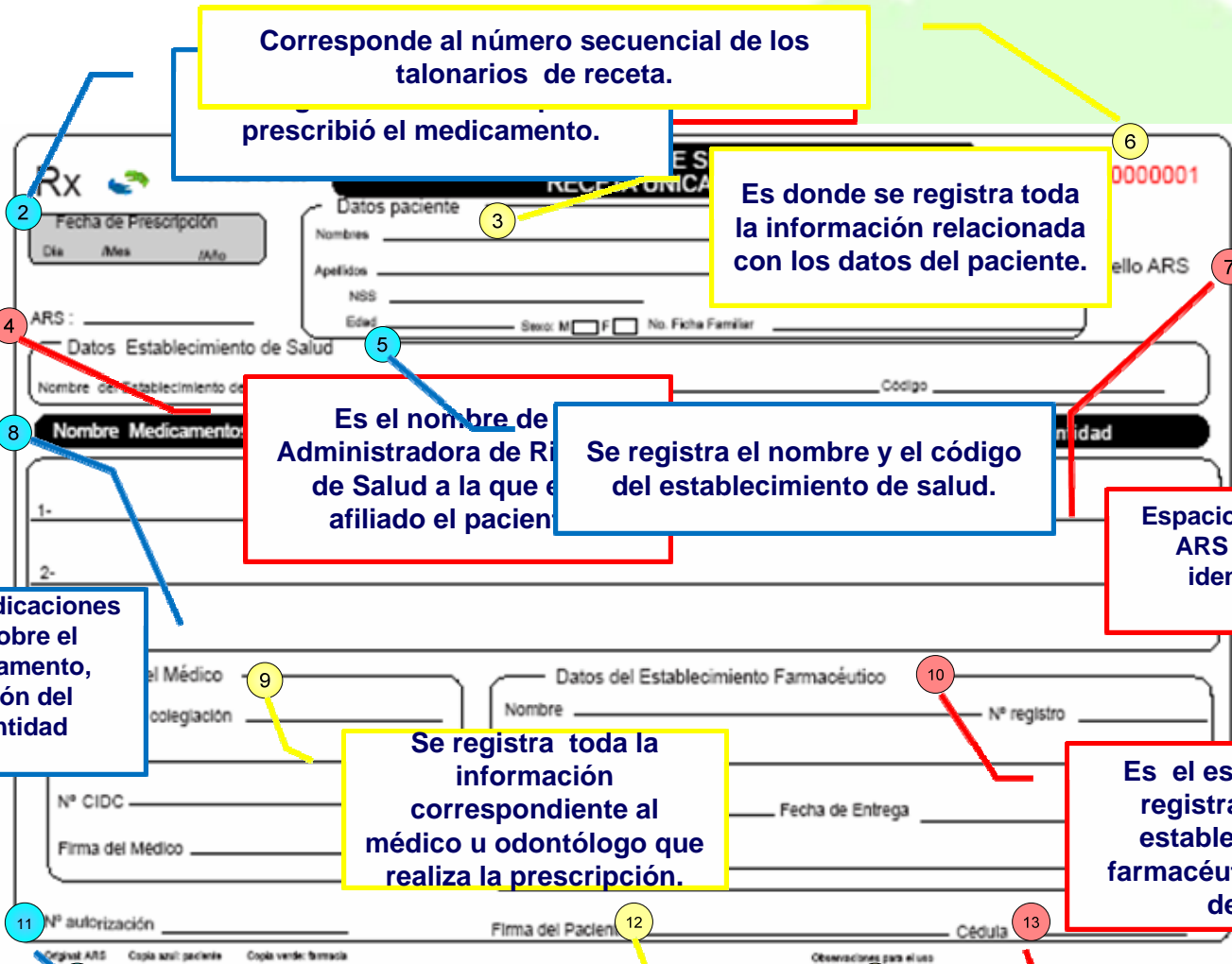
No superar el tratamiento de un mes.

Medicamentos controlados: Receta del SDSS con Certificado de Inscripción de Drogas Controladas (CIDC). Ley 50-88.

Datos a ser completados por el médico u odontólogo que prescribe

Datos a completar por el paciente

- **Firma del paciente:** Es la firma del beneficiario de la receta al momento de retirar la totalidad de los medicamentos prescritos.
- **Cédula:** Se registra el número completo de la cédula del beneficiario al momento de estampar su firma.



Formulario de receta médica con los siguientes campos:

- 1: Número de talonario de receta.
- 2: Fecha de Prescripción (Día, Mes, Año).
- 3: Datos paciente (Nombres, Apellidos, NSS, Edad, Sexo, No. Ficha Familiar).
- 4: ARS (Administradora de Riesgos de Salud).
- 5: Datos Establecimiento de Salud (Nombre, Código).
- 6: Sello de identificación de la ARS.
- 7: Espacio para el sello de identificación de la ARS.
- 8: Nombre Medicamento.
- 9: Datos del Médico (Nombre, Colegiación, N° CIDC, Firma del Médico).
- 10: Datos del Establecimiento Farmacéutico (Nombre, N° registro, Fecha de Entrega).
- 11: N° autorización.
- 12: Firma del Paciente.
- 13: Cédula.
- 14: Destinatarios finales del formulario de receta (Original ARS, Copia azul paciente, Copia verde farmacia).
- 15: Observaciones para el uso.

Corresponde al número secuencial de los talonarios de receta. prescribió el medicamento.

Es donde se registra toda la información relacionada con los datos del paciente.

Es el nombre de Administradora de Riesgos de Salud a la que está afiliado el paciente.

Se registra el nombre y el código del establecimiento de salud.

Espacio habilitado para que la ARS coloque su sello de identificación, si así lo considera.

Corresponde a las Indicaciones para el paciente sobre el tratamiento (Medicamento, Posología, duración del tratamiento y Cantidad)

Se registra toda la información correspondiente al médico u odontólogo que realiza la prescripción.

Es el espacio donde se registra los datos del establecimiento y del farmacéutico responsable del mismo.

Corresponde a los destinatarios finales del formulario de receta.


Es el número de autorización de la ARS para los medicamentos de alto costo

Es la firma del beneficiario de la receta al momento de retirar la totalidad de los medicamentos

Observaciones: El prescriptor y el farmacéutico podrán utilizar el dorso de la copia destinada al paciente (de color azul) a los fines de consignar recomendaciones generales para el cumplimiento del tratamiento



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO Y USO DE LOS FORMULARIOS DE PRUEBAS DE LAB. DX, PROTESIS

Rx 	SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL		0000000001
	Formulario pruebas de laboratorio, estudios Dx, aparatos y protesis		
Fecha de Prescripción Día /Mes /Año	Datos paciente		Sello ARS
ARS : _____	Nombres _____		
	Apellidos _____		
	NSS _____		
	Edad _____ Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No. Ficha Familiar _____		
Datos Establecimiento de Salud			
Nombre del Establecimiento de Salud _____		Código _____	
Indicaciones Paciente:			
Observaciones:			
Datos del Médico		Datos del Establecimiento	
Número de colegiación _____	Laboratorio <input type="checkbox"/> Imagenes <input type="checkbox"/> Establecimiento Farmacéutico <input type="checkbox"/>		
Código _____	Nombre del establecimiento _____ N° habilitación _____		
Firma del Médico _____	Nombre del responsable _____		
Firma del Paciente _____	Firma del responsable _____		
	Cédula _____		

DESCRIPCION E INSTRUCCIONES GENERALES FORMULARIO DE LABORATORIOS ESTUDIOS, DX, APARATOS Y PROTESIS

**Completar
todos los datos
solicitados.**

**Letras claras,
sin borrones
ni tachaduras**



**Llenadas
con
bolígrafo**



**Otro formulario
cuando sea
necesario**

DESCRIPCION E INSTRUCCIONES GENERALES FORMULARIO ORDEN MEDICA

**Completar
todos los datos
solicitados.**

**Letras claras,
sin borrones
ni tachaduras**



**Llenadas
con
bolígrafo**

