



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 1 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## Contenido

1. Propósito .....	5
2. Alcance.....	5
3. Referencias .....	5
4. Introducción.....	5
CLIENTES INSTITUCIONALES.....	6
5.0 GRUPO FINANCIERO BANORTE .....	7
5.1 Requisitos para surtir un formato de receta de BANORTE.....	8
5.2 Formato de consulta externa y servicios referidos.....	9
5.3 Formato de vale lactancia de BANORTE .....	10
6.0 SANTANDER SERFIN.....	11
6.1 Requisitos para surtir un formato de receta de Santander Serfin .....	12
6.2 Tarjetas de credito de SANTANDER.....	13
6.3 TABLA DE MEDICAMENTOS RESTRINGIDOS .....	14
7.0 AXA ASSISTANCE .....	15
7.1 Tarjetas de Protección y Asistencia AXA.....	16
8.0 AXA ASSISTANCE – HSBC .....	17
8.1 Requisitos para surtir un formato de receta de HSBC .....	18
8.2 Formato de receta para farmacia AXA ASSISTANCE – HSBC .....	19
8.3 Formato de vigencia médica de HSBC.....	20
8.4 Suministro de medicamentos .....	21
8.4.1 Servicio médico HSBC .....	21
9.0 AXA ASSISTANCE – NACIONAL FINANCIERA.....	22
9.1 Requisitos para surtir un formato de receta de AXA ASSISTANCE - NACIONAL FINANCIERA .....	23
9.2 Medicamentos restringidos de nacional financiera .....	24
9.3 Formato de receta para farmacia AXA ASSISTANCE – NACIONAL FINANCIERA.....	25
10.0 AXA ASSISTANCE - BANCOMEXT.....	26

**ELABORÓ**

**REVISÓ**

**AUTORIZÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 2 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

10.1	Requisitos para surtir un formato de receta de AXA ASSISTANCE – BANCOMEXT.....	27
10.2	Formato de receta para farmacia AXA ASSISTANCE – BANCOMEXT.....	28
11.0	INBURSA GRUPO FINANCIERO.....	29
11.1	Requisitos para surtir un formato de receta de INBURSA GRUPO FINANCIERO.....	30
11.2	Formato de receta médica de INBURSA.....	31
11.3	Requisitos de autorización de servicio de gastos médicos.....	33
11.4	Formato de autorización de servicio de gastos médicos INBURSA SEGUROS .....	34
11.5	Formato de receta médica de siniestros de INBURSA SEGUROS .....	35
11.6	Formato de pase medico/medical pas de INBURSA SEGUROS .....	36
12.0	INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE TABASCO .....	37
12.1	Requisitos para surtir un formato de receta del Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET - CENTRO) .....	38
12.2	Formato de receta individual del Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET - CENTRO).....	39
12.3	Formato de receta individual- orden de subrogación de medicamentos no incluidos en el cuadro básico (Centro) .....	40
12.4	Pasos a seguir y características del surtimiento de productos fuera de cuadro basico de I.S.S.E.T. en el Centro .....	41
12.5	Requisitos para surtir un formato de receta del Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET - Municipios) .....	42
12.5.1	Sucursales que surten las recetas del Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco.....	42
12.6	Formato de orden de servicios médicos y paramédicos del Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET - Municipios) .....	43
13.0	VITAMÉDICA.....	44
13.1	Requisitos para surtir un formato de receta de VITAMEDICA.....	45
13.2	Formato de pase de farmacia de VITAMEDICA .....	47
13.3	Guía rápida para el surtido del ‘Pase a Farmacia’ de VITAMEDICA.....	48
13.4	Guía rápida de operación, por cliente, de salud integral de VITAMEDICA.....	51
13.5	Vale de lactancia de VITAMEDICA .....	54
13.6	Receta electrónica.....	55
14.0	SCOTIABANK INVERLAT.....	56
14.1	Requisitos para surtir un formato de receta de SCOTIABANK INVERLAT.....	57

**ELABORÓ**

**REVISÓ**

**AUTORIZÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 3 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

14.2 Formato de servicio médico de SCOTIABANK INVERLAT.....	58
14.3 Tabla de medicamentos restringidos de SCOTIABANK INVERLAT .....	59
14.4 Carnet de lactancia de SCOTIABANK INVERLAT .....	60
15.0 UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO.....	61
15.1 Requisitos para surtir un formato de receta de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco .....	62
5.2 Formato de servicios médicos de la universidad Juárez Autónoma de Tabasco (SSA) .....	63
15.3 Formato de servicios médicos de la universidad Juárez Autónoma de Tabasco.....	64
16.0 UNIÓN DE CRÉDITO GANADERO DE TABASCO S. A. DE C. V.....	65
16.1 Requisitos para surtir un formato de receta de la Unión de Crédito Ganadero de Tabasco S. A. DE C. V.....	66
16.2 Vale de lactancia de la Union de Crédito Ganadero de Tabasco S. A. DE C. V.....	67
16.3 Orden de servicio médico de la Unión de Crédito Ganadero de Tabasco S. A. DE C. V.....	68
17.0 BANRURAL .....	69
17.1 Requisitos para surtir un formato de receta de BBRURAL.....	70
17.2 Formato de receta médica de sistema BANRURAL.....	71
17.3 Formato de control para atención médica – formulario de receta médica de BANRURAL .....	72
17.4 Formato múltiple de BANRURAL en liquidación .....	73
18.0 SEGURO POPULAR .....	74
18.1 Requisitos para surtir un formato de receta del Seguro Popular.....	75
Observaciones:.....	75
18.2 Formato único de consulta externa del Seguro Popular (anverso) .....	77
18.3 Formato único de consulta externa del Seguro Popular (reverso) .....	78
19.0 QUÁLITAS .....	79
19.1 Requisitos para surtir un formato de receta de QUÁLITAS: Compañía de Seguros S. A. DE C. V.....	80
19.2 Formato de receta médica de QUÁLITAS (original/farmacia) .....	81
19.3 Formato de receta médica de QUÁLITAS (copia/paciente).....	82
19.4 Formato de receta medica de QUÁLITAS (copia/medico) .....	83
19.5 Formato de receta médica de QUÁLITAS en casos de siniestros.....	84
19.6 Formato de pase para el servicio médico de QUÁLITAS.....	85
20.0 MEDICA INTEGRAL GNP .....	86
20.1 Requisitos de servicio de farmacias de médica integral GNP para asegurados de HALLIBURTON.....	87

**ELABORÓ**

**REVISÓ**

**AUTORIZÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 4 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

20.2 Formato de consulta y servicios referidos FC-1 de Médica Integral GNP.....	88
20.3 Membrecía HALLIBURTON de Médica Integral GNP.....	89
20.4 carta de programación de cirugías / tratamientos médicos y/o quirúrgicos .....	90
20.5 Formato de atención médica en consultorio y servicios generales de MEDIACCESS.....	91
20.6 Membrecía de servicios médicos de MEDICAL HOME .....	92
20.7 Tarjetas de HEALTH & BENEFITS (H&B).....	92
20.8 Tarjeta LIVERPOOL – H&B .....	93
20.9 Tarjeta C&A modas .....	93
20.10 Tarjetas de HEALTH & BENEFITS (H&B).....	94
20.11 Tarjetas CAR RED .....	94
21.0 ANEXOS.....	95
21.1 Anexo 1: Contactos para dudas o comentarios .....	96
21.2 Anexo 2: Tips para mantener la calidad en el surtimiento de recetas:.....	97
21.3 Anexo 3: Sucursales que surten recetas en el estado de Tabasco.....	98
21.4 Anexo 4: Centros de atención de clientes institucionales .....	99
21.5 Anexo 5: Tabla de empresas afiliadas a ING.....	99

### ELABORÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

### REVISÓ

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

### AUTORIZÓ

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 5 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 1. Propósito

Proporcionar al personal de farmacias y a los que intervengan en el proceso de ventas institucionales una herramienta de apoyo para cumplir de manera efectiva con las actividades que integran dicho proceso, desde la recepción y dispensación de los medicamentos de una receta institucional en las farmacias hasta su entrega en la Coordinación de Ingresos.

## 2. Alcance

Aplica a todas las sucursales de Farmacias de Descuento Unión y franquicias.

## 3. Referencias

- NMX-CC-9000-IMNC-2008; Sistemas de Gestión de la Calidad; Fundamentos y Vocabulario.
- NMX-CC-9001-IMNC-2008; Sistemas de Gestión de la Calidad; Requisitos.
- NMX-CC-10013-IMNC-2002; Directrices para la Documentación de Sistemas de Gestión de Calidad.

## 4. Introducción

En este manual conocerás a los diferentes clientes institucionales a los cuales les otorgamos el servicio de dispensación de medicamentos a través de líneas de crédito cuyos convenios se encuentran vigentes, conocerás los diferentes formatos de estas instituciones a través de imágenes reales y actuales, además encontrarás la información que debe requerirse en cada uno de ellos para una eficaz dispensación de los medicamentos y un servicio de calidad.

Recuerda que es compromiso de todos los que formamos parte de la familia de **Farmacias de Descuento Unión** brindar atención y servicio de excelente calidad a todos nuestros clientes.

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 6 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

# CLIENTES INSTITUCIONALES

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 7 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

# 5.0 GRUPO FINANCIERO BANORTE



**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 8 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 5.1 Requisitos para surtir un formato de receta de BANORTE

DATOS REQUERIDOS			
REF	REQUISITOS	EN LA RECETA	POR LA FARMACIA
A	El paciente deberá presentar el formato autorizado marcado con la leyenda FARMACIA.	✓	
B	Debe contener este número de Autorización que es asignado por el doctor.	✓	
C	Datos del paciente (Nombre completo y número de afiliación) cotejarlos contra la credencial autorizada o la carta de prestación de servicios.	✓	
D	Datos del médico (nombre completo, clave y firma)	✓	
E	Fecha de consulta indica el día, mes y año de la consulta. Podrá ser surtida en los siguientes <b>5 días</b> a partir de la fecha de expedición de la receta.	✓	✓
F	Surtir exclusivamente los medicamentos prescritos por el médico (un medicamento por cada renglón de la receta) si el o los medicamentos no están restringidos por <b>Banorte</b> .	✓	
G	Recabar el Código de barras del producto (EAN)		✓
H	Solicitar autorización al CAT de Banorte al <b>01 800 20 16 764</b> , cuando el costo de un medicamento supere los <b>\$3,500.00</b> (Tres Mil Quinientos Pesos 00/100 M. N.) (Precio con Descuento) o cuando el monto total de la receta supere los <b>\$5,000.00</b> (Cinco Mil Pesos 00/100 M.N) (Precio con Descuento) La autorización deberá ser colocada en la parte superior del formato, <b>anotando nombre, puesto y departamento de la persona que autorizó.</b>		En su caso
I	Anotar la fecha en que fue surtido el o los medicamentos		✓
J	Anotar el Precio <b>según el Ticket generado en el punto de venta</b> de cada medicamento surtido.		✓
K	Anotar el IVA en su caso.		✓
L	<b>Recabar firma de conformidad del paciente por medicamentos entregados.</b>		✓

#### Observaciones:

- La persona que se presente a canjear el formato de receta, no necesariamente tendrá que ser el afiliado o derechohabiente sin embargo deberá identificarse con identificación oficial (Credencial de Elector, Licencia de Manejo, Pasaporte, Cartilla Militar), la credencial del derechohabiente o afiliado, o en su caso con la carta de prestación de servicios.
- Si el afiliado o derechohabiente no presentara ningún tipo de identificación, se deberá solicitar autorización al **CAT** de Banorte.
- Para el surtido de lácteos, el derechohabiente deberá de presentar junto con la receta el vale de lactancia autorizados, dentro de la vigencia que indica el vale.
- **No se deberán surtir medicamentos y lácteos en el mismo formato de receta, debe ser por separado.**
- Si la receta no está bien requisitada conforme a lo anterior, no deberá ser surtida.
- Si el formato de receta contiene alguna alteración, enmendadura, tachadura o este rota **NO DEBERÁ SER SURTIDO**

ELABORÓ

REVISÓ

AUTORIZÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES		CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL		VERSIÓN: A	PÁGINA: 9 de 99
			REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 5.2 Formato de consulta externa y servicios referidos

**CONSULTA EXTERNA Y SERVICIOS REFERIDOS**

**FARMACIA** **A**

**B** **C** **E**

**D**

**J**

**F** **G** **H** **I** **L**

**K**

**D** **L**

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 10 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 5.3 Formato de vale lactancia de BANORTE

The form is titled 'VALE LACTANCIA' and features the BANORTE logo. It contains the following fields and handwritten entries:

- VALE No. AN:** 14051005
- VIGENCIA:** 73042005
- Nombre Completo del Derechohabiente:** SILVARIAN LUJANO JUAN PABLO
- Nombre de Afiliación:** 301134303
- Nombre del Proveedor:** Compañía Lacteos Unidos, S. de RL
- Clase del Proveedor:** (Empty)
- Fecha de la Consulta:** 22.06.2008
- Nombre del Médico Proveedor:** Raúl Humberto Méndez Pérez
- Clase:** (Empty)
- Descripción de la leche tipo y marca:** Entero pasteurizado
- Fecha de la Consulta:** 22.06.2008
- Nombre:** (Signature)
- Costo Unitario:** 9.20
- IVA:** (Empty)
- Descuento:** 7.72
- Fecha de Surtido:** (Empty)
- Cantidad:** 10 botellas de leche 100 g. c/b
- Recibo de Entrega:** (Signature)

#### Instrucciones para el surtimiento:

- La vigencia del vale.
- Verificar nombre completo del derechohabiente y número de afiliación.
- Verificar tipo y marca de la leche a surtir.
- Verificar la fecha de la consulta y compararla con la vigencia y receta.
- Verificar la cantidad de leche a surtir.
- Nombre del proveedor (anotará la razón social o nombre comercial de nuestra institución y clave).
- Anotar Código de barras (EAN).
- Anotar el Costo Unitario (precio máximo al público).
- Anotar el IVA (en su caso).
- Anotar el importe del descuento otorgado a esta institución.
- Anotar la fecha de surtido (día, mes y año).
- Recabar nombre y firma del paciente.

**ELABORÓ**

**REVISÓ**

**AUTORIZÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 11 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

# 6.0 SANTANDER SERFIN



**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 12 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 6.1 Requisitos para surtir un formato de receta de Santander Serfin

<b>DATOS REQUERIDOS</b>			
REF.	REQUISITOS	EN LA RECETA	POR LA FARMACIA
A	El paciente deberá presentar el formato autorizado marcado con la leyenda ATENCION MÉDICA EN CONSULTORIO Y SERVICIOS GENERALES.	✓	
B	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos del Medico tratante</li> <li>• Datos del derecho habiente titular</li> <li>• Datos del paciente</li> </ul>	✓	
C	Fecha de consulta: Indica el mes y día de la consulta y podrá ser surtida en lo siguiente <b>10 días</b> a partir de la fecha de expedición de la receta, Ciudad, Estado, Empresa.	✓	
D	Elegibilidad (Estos datos son anotados por el médico)	✓	✓
E	Datos servicios referidos. Debe estar señalada en el círculo por la leyenda farmacia, también se señala la descripción del medicamento el código EAN ( <b>El cogido debe estar anotado por la farmacia con lápiz</b> ).	✓	
F	Solicitar autorización al CAT de Santander Serfin 01 800 71 41 279, cuando el total de la receta supere los \$3,500.00 (Precio con Descuento) o cuando indique Dotación de Leche. La autorización deberá anotarse en los recuadros del formato.		✓
G	Surtir exclusivamente los medicamentos prescritos por el médico ( <b>Ver tabla de medicamentos restringidos</b> ).	✓	
H	<b>Recabar firma de conformidad del paciente por medicamentos entregados.</b>		✓
I	Verificar que la receta contenga la firma del Médico.		✓

### OBSERVACIONES:

- Surtir un medicamento por tanto de receta y el número de piezas que indique el médico.
- No se deberán surtir las recetas que incluyan lácteos y medicamentos en el mismo formato de receta.
- Si la receta no está bien requisitada conforme a lo anterior, no deberá ser surtida.
- Si el formato de receta contiene alguna alteración o enmendadura **NO DEBERÁ SER SURTIDO**.
- El formato viene en tres tantos, color azul, verde y rosa, el color amarillo no se surte, es del paciente.

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 13 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 6.2 Tarjetas de credito de SANTANDER



### Tarjeta de crédito del titular



### Tarjeta de identificación de los afiliados

Para recibir el servicio, los afiliados deberán presentar la tarjeta de identificación Family, así como una identificación válida al



Anverso



Reverso

### ELABORÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatt Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

### REVISÓ

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

### AUTORIZÓ

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 14 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 6.3 TABLA DE MEDICAMENTOS RESTRINGIDOS

Santander-Serfin			
MEDICAMENTOS QUE NO ESTAN AUTORIZADOS POR DIMENSION SALUD, DE LOS CUALES POR NINGUN MOTIVO DEBERAN SURTIRSE.			
ANORÉXICOS		DERMATOLÓGICOS	
OBESIDAD ENDOGENA	SANOREX	CICATRIZANTE	DESPIGMENTANTES
CARDSPAN	SOLUCAPS	MEDERASA	PIGMENTANTES
	TEROCAPS	PIROQUETI	CALIDERM SOLAR
OBESIDAD EXOGENA	XENICAL	IAMEN	CLASIFEL 4%
ECTIVA	DIESTET	MADECAZOL	ELDOPAQUE
RADICTIL	ILEZOL	NEODOC	ELDOQUIN
SNPET	OBENDOL	RECOBERON	NOVALDERM
TUDALACTINA		REGRANEX	OUTACRET
ASENLIX			SOLAQUIN
CRIMOTEX	DISFUNCIÓN ERÉCTIL		UNICONE
DIETOMAN	PROVEDIN	FILTROS SOLARES	BLANCAZER
USDELCAPS	TALIVIAN	EELIPSOL	CREMA BLANCA
USHELTEX	UPRIMA	PRIGONE	HISTILLOS
FEPROXER	VIAGRA	HELICOLOR	DERMACION
FIBRA LINE FAMILIA	CAVERJECT	RAN-SOL	DERMOX
FIBRA LINE MIX	CALIS	EXTREME SUN	EDROQUIN
IFA DIETY	LEVITRA	HAWAII TROPIC	MEDALINA
IFA LOSE	MISE	HERAFIL	MELANEX
IFA NOVEN		OLEODERM	NOVA DERM
IFA REDUCING		SHADE	OXOBLEN
IFA REDUCING "S"	CURACION	SPECTRABAN	TRI-LUMA
ITRAVIL-IFA	YODINE	UMBRILLA	
MZI	DERMATOLINA		
NEUBES	TURACIN		
NUTRAFERA	ISCONO ESPUMA		

NOTA: Colocar el o los formatos correctos.

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 15 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 7.0 AXA ASSISTANCE



**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 16 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 7.1 Tarjetas de Protección y Asistencia AXA

**PROTECCIÓN Y ASISTENCIA MÉDICA AXA**

**AXA ASSISTANCE**

CONTRATO N°  
**27341 00**  
**MICROCRED**  
**Autoexpedible**

1. Llamar al centro de atención telefónica.
2. Solicitar la referencia y/o coordinación de consulta, servicio médico a domicilio y/o ambulancia indicando datos del paciente.
3. Presentar esta credencial con una identificación.
4. Pagar el costo preferencial o copago, directamente al médico y/o proveedor.

Copago Consulta Médica a Domicilio: \$250.00

VALIDA POR UN AÑO A PARTIR DE LA APERTURA DE SU CREDITO

**PROTECCIÓN Y ASISTENCIA MÉDICA AXA**

**AXA ASSISTANCE**

CONTRATO N°  
**2733600**  
**TOTAL MAINTENANCE, S.A. DE C.V.**

NOMBRE:  
**VEGA LEDEZMA JORGE JONATHAN** 0008-T

VIGENCIA DESDE: **01/10/2006**

VIGENCIA HASTA: **01/10/2007**

**PROTECCIÓN Y ASISTENCIA MÉDICA AXA**

**AXA ASSISTANCE**

CONTRATO N°  
**27300 00**  
**Plan de Consultas Pool Mercer/Metlife.**  
**Autoexpedible**

1. Llamar al centro de atención telefónica.
2. Solicitar la coordinación de consulta, servicio médico a domicilio y/o ambulancia indicando datos del paciente.
3. Presentar esta credencial con una identificación.
4. Pagar el costo preferencial o copago, directamente al médico y/o proveedor.

VIGENCIA DESDE: **01-Jul-2005** Copago Consulta Médica a Domicilio: \$250.00

VIGENCIA HASTA: **01-Jul-2007** Copago Ambulancia: \$250.00

**PROTECCIÓN Y ASISTENCIA MÉDICA**

**AXA ASSISTANCE**

**Su Salud**

No. Contrato Asistencia  
**2734500**

Vigencia  
Hasta Dic 2008

En Su Casita nos preocupa la salud de nuestros clientes

#### Condiciones:

- Cuando el paciente presente la credencial de “AXA ASSISTANCE” se deberá aplicar el 1% de descuento adicional al descuento que está vigente en la farmacia solo a los medicamentos de patente. (Verificar el Manual del Sistema CIANET)

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 17 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 8.0 AXA ASSISTANCE – HSBC



**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 18 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 8.1 Requisitos para surtir un formato de receta de HSBC

HSBC 		DATOS REQUERIDOS	
REF	REQUISITOS	EN LA RECETA	POR LA FARMACIA
A	Antes de surtir el medicamento, se deberá verificar que indique <b>RECETA PARA FARMACIA</b> , si marca <b>LABORATORIO</b> no se deberá surtir, así mismo solicitar <b>vigencia médica actualizada</b>	✓	
B	Datos del paciente (Nombre completo, Número de nomina, número de beneficiario.	✓	
C	Fecha de consulta indica el día, mes y año de la consulta. Podrá ser surtida en los siguientes <b>7 días naturales</b> a partir de la fecha de expedición de la receta. El número de autorización solo aplica en consulta de especialidad.	✓	✓
D	Datos del médico (nombre completo) especialidad.	✓	
E	Verificar que contenga la firma del médico.	✓	
F	Surtir exclusivamente los medicamentos prescritos por el médico. (Cantidad, Gramaje y Presentación) (Ver lista de medicamentos restringidos) Así como anotar el código ICD. No se surtirán lácteos, es necesario pedir autorización <b>al CAT 01 800 8237859</b> cuando el importe total de la receta sea mayor a <b>\$ 5,000.00 (Cinco Mil Pesos 00/100 M.N)</b>	✓	
G	Recabar el código de barras del producto (EAN)	✓	
H	Anotar el Precio según el Ticket de cada medicamento surtido. Así como el <b>numero de proveedor 50021</b>		✓
I	Anotar el Importe total de la receta con lápiz.		✓
J	<b>Recabar firma de conformidad del paciente por medicamentos entregados</b>		✓

ELABORÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

REVISÓ

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

AUTORIZÓ

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 19 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 8.2 Formato de receta para farmacia AXA ASSISTANCE – HSBC

The image shows two medical prescriptions from AXA ASSISTANCE and HSBC. The prescriptions are for 'Medicina General' and 'FARMACIA'. The first prescription is for 'Dr. Carlos Torres Sánchez' and the second is for 'Dr. Carlos Torres Sánchez'. The prescriptions include fields for patient name, address, phone number, and medication details. Handwritten annotations A through J are placed on the form to highlight specific areas.

**Annotations:**

- A:** Identifies the patient ID number (22740003) and the pharmacy code (000089841).
- B:** Points to the patient's phone number (3517-693).
- C:** Points to the patient's address (41108).
- D:** Points to the patient's name (Dr. Carlos Torres Sánchez).
- E:** Points to the doctor's name (Dr. Carlos Torres Sánchez).
- F:** Points to the medication name (LUSIVAR susp. 100 mg.).
- G:** Points to the doctor's signature.
- H:** Points to the pharmacy name (FARMACIA).
- I:** Points to the pharmacy address (41108).
- J:** Points to the pharmacy phone number (3517-693).

**ELABORÓ**

**REVISÓ**

**AUTORIZÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 20 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 8.3 Formato de vigencia médica de HSBC



### Vigencia Médica

Vigencia del 01-01-2007 al 28-02-2007

Nombre	CARLOS DANIEL CONDE PEDRAZA
Registro Personal	35179694
Area o Departamento	SUC PASEO DE LA SIERRA
Puesto	EJECUTIVO DE CUENTA
Plaza Bancaria	Villahermosa, Tab.
Prestadora	RED HSBC
Nombre del familiar	AGUILAR/HERNANDEZ/PATRICIA
Parentesco	Cónyuge
Nombre del familiar	CONDE/AGUILAR/DANIELA
Parentesco	Hija
Nombre del familiar	CONDE/AGUILAR/CARLOS IVAN
Parentesco	Hijo
Médicos de cabecera	Sin médicos registrados

Para obtener la atención médica este documento deberá presentarse acompañado a la credencial de la institución.

Vigencia del 01-01-2007 al 28-02-2007



### Vigencia Médica

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 21 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 8.4 Suministro de medicamentos

### 8.4.1 Servicio médico HSBC

Todas las recetas que expidan los médicos de la red, deberán ser surtidas en las farmacias de la red de AXA ASSISTANCE, para ello será indispensable presentar el formato que consta de tres talones perfectamente requisitados y señalizados con los números (1, 2,3)

Este formato está diseñado para que en el caso de que en alguna de las farmacias no tenga algún medicamento de los prescritos por el médico tratante, pueda acudir a otra farmacia para surtirlo.

**La farmacia no surtirá las recetas que contengan algunos de los siguientes productos:**

1. Anticonceptivos subdérmicos
2. Material de curación
3. Gasas o adhesivos
4. Soluciones antisépticas
5. Vendas, termómetros
6. Tratamientos para la calvicie
7. Tratamientos para el control de peso
8. Tratamientos para obesidad
9. Vitaminas
10. Complementos alimenticios y cereales
11. Cremas (a excepción de las indicadas por dermatólogos)
12. Pastas dentales, jabones, cepillos de dientes, toallas sanitarias, talcos
13. Alimentos para lactantes, mamilas, biberones
14. Preservativos
15. Productos cosmetológicos
16. Inhaladores, vaporizadores

Para el caso de **algunas vitaminas y complementos alimenticios, solo se autorizaran si el médico así lo refiere y bajo previa autorización del servicio médico de AXA ASSISTANCE**

El colaborador tendrá **7 días** para el surtido de sus medicamentos a partir de la fecha que le fue expedida la receta

No se cubrirán por ningún motivo, los medicamentos por médicos que estén fuera de la red de AXA ASSISTANCE

**Vacunas.** Únicamente están cubiertas las vacunas que tengan referencia con la especialidad de **alergología**

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 22 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

# 9.0 AXA ASSISTANCE – NACIONAL FINANCIERA



**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 23 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 9.1 Requisitos para surtir un formato de receta de AXA ASSISTANCE - NACIONAL FINANCIERA

	DATOS REQUERIDOS			
REF	REQUISITOS	EN LA RECETA	POR LA FARMACIA	
A	Antes de surtir el medicamento, se deberá verificar que indique RECETA PARA FARMACIA, si marca LABORATORIO no se deberá surtir	✓		
B	Datos del paciente (Nombre completo, Número de nomina, número de beneficiario).	✓		
C	Fecha de consulta indica el día, mes y año de la consulta. Podrá ser surtida en los siguientes <b>7 días naturales</b> a partir de la fecha de expedición de la receta. Numero de autorización.	✓	✓	
D	Datos del médico (nombre completo) especialidad, clave del médico.	✓		
E	Verificar que contenga la firma del médico.	✓		
F	Surtir exclusivamente los medicamentos prescritos por el médico. (Cantidad, Gramaje y Presentación) (Ver lista de medicamentos restringidos). No se surtirán lácteos, es necesario pedir autorización al CAT --01 800 8237819 cuando el importe total de la receta sea mayor a \$ 3,000.00.	✓		
G	Recabar el código de barras del producto (EAN)	✓		
H	Anotar el Precio Ticket de cada medicamento surtido.		✓	
I	Anotar el Importe total de la receta con lápiz.		✓	
J	<b>Recabar firma de conformidad del paciente por medicamentos entregados</b>		✓	

#### OBSERVACIONES:

Si la receta no especifica el número de piezas, pero indica la duración del tratamiento, se deberá surtir las piezas necesarias para que el paciente cubra su tratamiento.

Si el formato de receta contiene alguna alteración o enmendadura o tachadura **NO DEBERÁ SER SURTIDO**

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 24 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 9.2 Medicamentos restringidos de nacional financiera

### Suministro de medicamentos Servicio Médico

Todas las recetas que expidan los médicos de la red, deberán ser surtidas en las farmacias de la red de AXA ASSISTANCE, para ello será indispensable presentar el formato que consta de dos talones perfectamente requisitados y señalizados con los números (1, 2)

Este formato está diseñado para que en el caso de que en alguna de las farmacias no se tenga algún medicamento de los prescritos por el médico tratante, pueda acudir a otra farmacia para surtirlo.

### La farmacia no surtirá las recetas que contengan algunos de los siguientes productos:

1. Anticonceptivos subdérmicos
2. Material de curación
3. Gasas o adhesivos
4. Soluciones antisépticas
5. Vendas, termómetros
6. Tratamientos para la calvicie
7. Tratamientos para el control de peso
8. Tratamientos para obesidad
9. Vitaminas
10. Complementos alimenticios y cereales
11. Cremas (a excepción de las indicadas por dermatólogos)
12. Pastas dentales, jabones, cepillos de dientes, toallas sanitarias, talcos
13. Alimentos para lactantes, mamilas, biberones
14. Preservativos
15. Productos cosmetológicos
16. Inhaladores
17. Vaporizadores

Para el caso de algunas vitaminas y complementos alimenticios, solo se autorizaran si el médico así lo refiere y bajo previa autorización del servicio médico de AXA ASSISTANCE

El empleado tendrá **7 días** para el surtido de sus medicamentos a partir de la fecha que le fue expedida la receta.

No se cubrirán por ningún motivo, los medicamentos por médicos que estén fuera de la red de AXA ASSISTANCE.

**Vacunas:** Únicamente están cubiertas las vacunas que tengan referencia con la especialidad de **alergología**

### ELABORÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

### REVISÓ

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

### AUTORIZÓ

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES		CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL		VERSIÓN: A	PÁGINA: 25 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010	



# MANUAL

## 9.3 Formato de receta para farmacia AXA ASSISTANCE – NACIONAL FINANCIERA

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 26 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

# 10.0 AXA ASSISTANCE - BANCOMEXT



**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 27 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 10.1 Requisitos para surtir un formato de receta de AXA ASSISTANCE – BANCOMEXT

	DATOS REQUERIDOS			
REF	REQUISITOS	EN LA RECETA	POR LA FARMACIA	
A	Antes de surtir el medicamento, se deberá verificar que indique RECETA PARA FARMACIA si marca <b>LABORATORIO</b> no se deberá surtir.	✓		
B	Datos del paciente (Nombre completo, Número de nomina, número de beneficiario).	✓		
C	Fecha de consulta indica el día, mes y año de la consulta. Podrá ser surtida en los siguientes <b>7 días naturales</b> a partir de la fecha de expedición de la receta. Numero de autorización.	✓	✓	
D	Datos del médico (nombre completo) especialidad, clave del médico.	✓		
E	Verificar que contenga la firma del médico.	✓		
F	Surtir exclusivamente los medicamentos prescritos por el médico. (Cantidad, Gramaje y Presentación) (Ver lista de medicamentos restringidos). No se surtirán lácteos, es necesario pedir autorización al <b>CAT --01 800 8237862</b> cuando el importe total de la receta sea mayor a \$ 3,000.00. (Tres Mil Pesos 00/100 M.N)	✓		
G	Recabar el código de barras del producto (EAN)	✓		
H	Anotar el Precio según el Ticket de cada medicamento surtido.		✓	
I	Anotar el Importe total de la receta con lápiz.		✓	
J	<b>Recabar firma de conformidad del paciente por medicamentos entregados</b>		✓	

#### Observaciones:

- Si la receta no especifica el número de piezas, pero indica la duración del tratamiento, se deberá surtir las piezas necesarias para que el paciente cubra su tratamiento.
- Si el formato de receta contiene alguna alteración o enmendadura o tachadura **NO DEBERÁ SER SURTIDO**

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 28 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 10.2 Formato de receta para farmacia AXA ASSISTANCE – BANCOMEXT

The image shows a prescription form for AXA ASSISTANCE. The form is green and white, with various fields for patient information, medication details, and pharmacy information. It includes a barcode and a unique identifier '000174801'. The form is annotated with blue circles containing letters A through J, indicating specific areas of interest or concern.

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 29 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

# 11.0 INBURSA GRUPO FINANCIERO



**INBURSA**  
Grupo Financiero

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 30 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 11.1 Requisitos para surtir un formato de receta de INBURSA GRUPO FINANCIERO

 <b>DATOS REQUERIDOS</b>			
REF	REQUISITOS	EN LA RECETA	POR LA FARMACIA
A	Fecha de consulta indica el día, mes y año de la consulta. Podrá ser surtida en los siguientes <b>5 días</b> a partir de la fecha de expedición de la receta.	✓	✓
B	Debe contener el número de Autorización (Este número es asignado por el médico tratante y es verificado por la farmacia para que los medicamentos sean surtidos)	✓	
C	Datos del paciente (Nombre completo y Número de póliza)	✓	
D	Datos del médico (Nombre completo, Número de identificación y Cédula profesional)	✓	
E	Datos del Diagnóstico o Motivo Principal de la Consulta y la clave	✓	
F	En caso de que indique COPAGO, el paciente deberá pagar en efectivo el porcentaje indicado sobre el precio ya con descuento.		✓
G	Surtir exclusivamente los medicamentos prescritos por el médico. (Cantidad, Gramaje y Presentación)		✓
H	Recabar el Código de barras del producto (EAN).		✓
I	Anotar el Precio Ticket de cada medicamento surtido.		✓
J	Importe total de la receta (si causa IVA, deberá anotararlo)		✓
K	Anotar la fecha en que fue surtido el o los medicamentos.		✓
L	Recabar nombre y firma de conformidad del paciente por medicamentos entregados.		✓
M	<b>Verificar que contenga la firma del médico.</b>	✓	

#### OBSERVACIONES:

- Solo en los formatos de “Autorización de Servicio de Gastos Médicos” y “Receta Médica Siniestros” en original color blanco para la farmacia **NO APLICA EL COPAGO**
- Si el formato de receta contiene alguna alteración o enmendadura o tachadura **NO DEBERÁ SER SURTIDO.**

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 31 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 11.2 Formato de receta médica de INBURSA

		<b>RECETA MÉDICA</b>	
FECHA: 31/03/2005		NÚMERO DE AUTORIZACIÓN: 16493	
FOLIO: 059073			
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
NOMBRE Y APELLIDO DEL PACIENTE: Eugenia Benistain Garcia		No. DE PÓLIZA (EMBOBO) C01: 40400 40000 200	
DATOS DEL MÉDICO			
CLAVE DE IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COMPLETO: Jorge Guadalupe Miguel Olvera	CÉDULA PROFESIONAL: 354252	
DIAGNÓSTICO:	Dinitro Alergias Bronquiales		CLAVE DEL ACOU:
FECHA EN LA CUAL EL ASEGURADO INICIÓ SU ENFERMEDAD O SUFRÓ SU ACCIDENTE:			
COPAGO FARMACIA 15% OTRO:			
RX: 1	Salbutamol Ambrinolol Mucoplicid	CANTIDAD: 1UW	
MODO DE USO:	5ml cada 4 horas	DIAS DE TRATAMIENTO: 5 días	7501299301999 X1 \$10500
RX: 2	Lorazepam Pseudoefedrina Clonitridina	CANTIDAD: 1 caja	
MODO DE USO:	1 c/12 horas	DIAS DE TRATAMIENTO: 5 días	\$21400 7501050612710 X1
ELABORÓ: Eugenio Benistain Garcia	REVISÓ:	AUTORIZÓ:	FARMACIA:

ELABORÓ

REVISÓ

AUTORIZÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 32 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## EJEMPLO:

CYTOTEC TAB C/28 Precio Máximo al Público es: **\$1,077.04** menos el 30% de descuento es igual a: **\$ 753.93**. Sobre este precio se calculará el porcentaje de COPAGO, en este ejemplo es de 15%; al cliente se le cobrará en efectivo y al momento la cantidad de: \$ 113.09.

Precio Máximo al Público	\$1,077.04
Menos 30%	\$ <u>323.11</u>
Total cliente	\$ 753.93
COPAGO 15%	\$ 113.09 (Cantidad a cobrar al cliente al momento)
Total a cobrar al banco	\$ 640.84 (Cantidad que factura el área de Ingresos en las oficinas centrales)

En el caso de CIANET anexar el ticket

### ELABORÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

### REVISÓ

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

### AUTORIZÓ

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 33 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 11.3 Requisitos de autorización de servicio de gastos médicos

 <b>DATOS REQUERIDOS</b>			
REF	REQUISITOS	EN LA RECETA	POR LA FARMACIA
A	La vigencia de la receta es de 6 días naturales a partir de su fecha de expedición.		✓
B	Verificar que contenga el nombre, firma, fecha y sello de la Gerencia Coordinación RED.		✓
C	<b>Recabar firma de conformidad del asegurado o persona que reciba los medicamentos.</b>		✓

### Observaciones:

- El paciente deberá presentar una de los dos siguientes tipos de credenciales: una con la leyenda **“Inburmedic”** o la otra **“Inburmedic Atención Exclusiva en Red”**

Para cualquier aclaración comunicarse al módulo de 24 hrs. al tel. 01-800-712-42-37 (lada sin costo).

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General

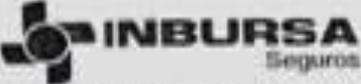


<b>FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN</b>		
<b>TÍTULO:</b> MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	<b>CÓDIGO:</b> MA-SOP-RE-001	<b>EMISIÓN:</b> MARZO -2010
<b>DEPARTAMENTO:</b> GERENCIA REGIONAL	<b>VERSIÓN:</b> A	<b>PÁGINA:</b> 34 de 99
		<b>REVISIÓN:</b> JULIO - 2010



# M A N U A L

## 11.4 Formato de autorización de servicio de gastos médicos INBURSA SEGUROS



**INBURSA**  
Seguros

Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa

**AUTORIZACIÓN DE SERVICIO DE GASTOS MÉDICOS**

FOLIO: 007383

Ambulancia 
Laboratorio 
Gabinete 
Farmacia 
Enfermería 
Rehabilitación

Otro:  (especifique) \_\_\_\_\_

**Sr. proveedor:**

Agradecemos se otorguen los servicios de su institución al Asegurado de referencia, con previa identificación de su persona, considerando que los gastos cubiertos por la póliza de seguro serán pagados directamente por Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa. En tal virtud, si durante la estancia del Asegurado en esa institución resulta que su padecimiento no está cubierto por la póliza de seguro, los gastos que del mismo se deriven no se considerarán como gastos cubiertos y por lo tanto serán a cargo del Asegurado, por lo que la presente autorización quedará sin efecto.

**Datos del prestador del servicio**

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

**Datos del asegurado**

Emitor:	Cuenta:	Póliza:
Familia:	CIB:	No. de prestación:
Nombre del Contratante:		
Nombre del Titular:		
Nombre del Afiliado:		

Fecha de emisión (Póliza):

Fecha de inicio del servicio:

Pagos hasta:

Fecha de fin de la Comisión:

**Información detallada del servicio**

Fecha

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

El afiliado se identificó con \_\_\_\_\_

**B**

Gésta. Coordinador RED

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de la persona que autoriza

**C**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de conformidad del servicio recibido

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General







FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 37 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

# 12.0 INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE TABASCO



**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 38 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 12.1 Requisitos para surtir un formato de receta del Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET - CENTRO)

SSE		DATOS REQUERIDOS	
REF	REQUISITOS	EN LA RECETA	POR LA FARMACIA
A	Verificar que contenga la firma autorizada del Encargado de la Farmacia del Instituto, en la parte superior de la receta (Esta firma es la que autoriza y nos respalda para que el producto sea surtido en nuestras farmacias).	✓	
B	Fecha de consulta indica el día, mes y año de la consulta. Podrá ser surtida en el momento que sea presentada por el paciente, ya que no tienen vigencia.	✓	✓
C	Datos del paciente (Nombre completo, Número de afiliación y número de cuenta).	✓	
D	Nombre completo del médico.	✓	
E	Surtir exclusivamente los medicamentos prescritos por el médico y que aparezcan en el cuadro básico (Consultar cuadro básico vigente), para poder surtir medicamentos fuera de cuadro básico deberá solicitar el formato <b>“Orden de Subrogación de medicamentos no incluidos en el cuadro básico”</b> .		✓
F	Anotar en la casilla correspondiente el precio que aparece en el cuadro básico del producto a surtir.		✓
G	Verificar que contenga sello de la farmacia del hospital de procedencia (C.M.I.), el cual indica las farmacias que otorgan el servicio.	✓	
H	Verificar si uno de los medicamentos contiene la leyenda de “FARMACIA ISSET” (Esta leyenda indica que el medicamento ya fue surtido por la farmacia de la institución y que solo debemos surtir el que no tiene la leyenda).	✓	
I	Recabar firma de conformidad del paciente por medicamentos entregados.		✓
J	<b>Importe total de la receta (desglosar si es gravado)</b>		✓

#### Observaciones:

- Anotar la clave o número del producto surtido, indicado en el tabulador.
- Anotar el código de barras del producto surtido en el reverso de la receta.
- No deberán surtirse medicamentos cuyo costo sea superior al establecido en el tabulador.
- Para el caso de productos fuera de cuadro básico, se podrán surtir sin considerar el costo.
- El registro de recetas deberá efectuar de acuerdo a lo que indique el sello de la unidad (CMI ó UMF).

ELABORÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

REVISÓ

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

AUTORIZÓ

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General





FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES		CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL		VERSIÓN: A	PÁGINA: 40 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010	



## MANUAL

### 12.3 Formato de receta individual- orden de subrogación de medicamentos no incluidos en el cuadro básico (Centro)

 <b>INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE TABASCO</b> RECETA INDIVIDUAL - ORDEN DE SUBROGACION DE MEDICAMENTOS NO INCLUIDOS EN EL CUADRO BASICO				FOLIO <b>Nº 117140</b>		
DATOS DEL PACIENTE					FECHA	
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO, NOMBRE (S): <i>Arelí Mirely Lanz Arcoo</i>			No. DE CUENTA: <i>4033014</i>	EDAD: <i>69</i>	ASEGURADO: BENEFICIARIO <input checked="" type="checkbox"/>	CAMA:
						<i>07 03 05</i> DD MM AA
MEDICAMENTO PRESCRITO						
NOMBRE COMERCIAL: <i>Medicel</i>	NOMBRE GENERICO: <i>Hydroxipropil / Methylcellulose</i>		PRESENTACION: <i>0.5 %</i>		CANTIDAD (CILETRA): <i>Dos.</i>	
INDICACIONES: <i>2 gotas c/8 hrs.</i>	COSTO UNITARIO:		IMPORTE TOTAL:			
JUSTIFICACION: <i>Queratitis ojo derecho.</i>						
MEDICO TRATANTE <i>560 Dr. Susana...</i>			Vn. Ro.		RECIDO <i>Jahreag</i>	
NOMBRE Y FIRMA Y No. DE Cedula PROFNAL: <i>3168099</i>			FIRMA		FIRMA	
SERVICIO: <i>3168099</i>	JEFE DE SERVICIO O SUBDIRECCION C.M.		CANTIDAD SISTEMA:		FECHA: DD MM AA	

#### Observaciones:

- El paciente deberá presentar junto con la receta, este formato en **original**.
- Verificar los datos del paciente (nombre completo, número de cuenta y edad).
- Verificar la fecha de expedición, pero igual que la receta, no tiene vigencia.
- Surtir solo medicamentos de acuerdo al nombre comercial prescrito por el médico.
- Verificar que contenga nombre y firma del médico tratante.
- Verificar que contenga firma del Jefe de Servicio o Subdirección C.M.
- Anotar la fecha de surtido (día, mes y año).
- Recabar firma del paciente por medicamentos otorgados.

**ELABORÓ**

**REVISÓ**

**AUTORIZÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 41 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 12.4 Pasos a seguir y características del surtimiento de productos fuera de cuadro básico de I.S.S.E.T. en el Centro

1. Aplica para los productos que están fuera del tabulador o con presentación distinta.
2. La receta deberá traer anexa la **“Orden de Subrogación de medicamentos no incluidos en el cuadro básico”**, de lo contrario no deberá surtirse.
3. Las recetas que estén firmadas por el Dr. Guillermo Arceo, Dra. Clara Magdalena Martínez y Dra. Beatriz Pedrero, **SI** podrán surtirse tal y como estén prescritas **UNICAMENTE** en las sucursales **Villa 1, 6, 12 y 15**.
4. Surtir y recabar firma de recibido del paciente y solicitar vía correo la autorización para activar la subsidiaria fuera de cuadro básico en Villahermosa.
5. Dar de baja a las recetas en la subsidiaria 4 del cliente con ID-32.
6. Enviar al área de Crédito y Cobranza las recetas, en la forma acostumbrada y en los días establecidos.

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 42 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## M A N U A L

### 12.5 Requisitos para surtir un formato de receta del Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET - Municipios)

DATOS REQUERIDOS			
REF	REQUISITOS	EN LA RECETA	POR LA FARMACIA
A	Fecha de consulta indica el día, mes y año de la consulta. Podrá ser surtida en cualquier momento o post-fechada, sin considerar la fecha de expedición de la receta.	✓	✓
B	Lugar de expedición (Municipio al que pertenece).	✓	
C	Datos del paciente (Nombre completo y número de cuenta).	✓	
D	Nombre completo del médico.	✓	
E	Surtir los medicamentos prescritos por el médico y que estén en el tabulador vigente (Consultar cuadro básico vigente).		✓
F	Anotar en la casilla correspondiente el precio unitario de cada medicamento y el importe total de las piezas.		✓
G	Verificar la firma del médico (Es la firma que autoriza el surtido de la receta).		✓
H	Recabar firma de conformidad del paciente por medicamentos entregados.		✓
I	Importe total de la receta (desglosar si es gravado).		✓
J	Los medicamentos que en el tabulador estén sombreados con gris podrán ser surtidos y las recetas deberán contener en el reverso, la leyenda "Autorizado por el Dr. Rodríguez" o la firma del Director del Módulo de Atención Médica que haya en el municipio. <b>NO SE SURTEN MEDICAMENTOS FUERA DEL CUADRO BASICO.</b>		✓
K	<b>Anotar la clave del medicamento asignado por el cuadro básico.</b>		✓

#### Observaciones:

- ✓ Anotar la clave o número del producto indicado en el tabulador.
- ✓ Anotar el código de barras del medicamento en el reverso de la receta.
- ✓ No deberán surtirse medicamentos cuyo costo sea superior al del cuadro básico.
- ✓ Sin afectar el servicio, tratar siempre de surtir recetas que correspondan al municipio donde se prescribieron, en caso contrario deberá solicitarse autorización.

#### 12.5.1 Sucursales que surten las recetas del Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco

MUNICIPIO	SUCURSAL QUE SURTE
Balancan	Balancan centro y castillo
Cárdenas	Cárdenas Bandala, Juárez, Avenida, Central, Mercado, Morelos y Plaza Hidalgo
Comalcalco	Comalcalco 2, 3 y 4
Cunduacan	Cunduacan 2
Emiliano zapata	Emiliano zapata 1 y corregidora
Frontera	Frontera 1 y 2
Huimanguillo	Huimanguillo 2, 3 y zona remodelada
Jalapa	Jalapa 1
Jalpa	Jalpa 1
Jonuta	Jonuta 1
Macuspana	Macuspana 1 y 3
Teapa	Teapa 1, 3, Hospital y Mercado

**ELABORÓ**

**REVISÓ**

**AUTORIZÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 43 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 12.6 Formato de orden de servicios médicos y paramédicos del Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco (ISSET - Municipios)

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE TABASCO**

**DIRECCION DE SERVICIOS MEDICOS**  
**ORDEN DE SERVICIOS MEDICOS Y PARAMEDICOS**

PA. 16	MO. 01	AO. 09	FOLIO
MUNICIPIO: Huixtla			SEM NO 141670
PACIENTE: Flores Santiago Grisela		NO DE CUENTA: 15/1843/M	EDAD: 56 a
LUGAR DE ORIGEN: Zona Broncaol		MEDICO: Dra. Gabriela T...	DEPENDENCIA: ISSE
PRESTA: <input type="checkbox"/>	LABORATORIO: <input type="checkbox"/>	POSICION EN HOSPITAL: <input type="checkbox"/>	PRESTACION PAM: <input type="checkbox"/>
PAGE A ESPECIALISTA: <input type="checkbox"/>	ESTUDIOS DE GABINETE: <input type="checkbox"/>	OPCION: <input type="checkbox"/>	REHABILITACION: <input type="checkbox"/>
<p>1) Bronvero de Ipratropio Sol Spray Aplicar 3 disparos c/6 hrs. (267)</p> <p>2) Ambroxal Sol. Oral 30mg/100ml Tomar 10 ml c/8 hrs. (30)</p>			<p>(con Fco) 297.00 x 1</p> <p>(con Fco) 26.00 x 1</p>
<p><del>FORMA DE PAGAR</del></p>			
<p>FIRMA DEL MEDICO: <i>[Signature]</i></p>		<p>SUB-TOTAL \$</p> <p>I.V.A. \$</p> <p>TOTAL \$ 323.00</p>	

FORMA DE SURTIR O REALIZAR ANTES DE LAS 12 HORAS DE SERVICIO:  
ORIGINAL SERVICIO      1ra. COPIA DE ASEGURADO      2da. COPIA MEDICO      3ra. COPIA PACIENTE

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 44 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 13.0 VITAMÉDICA



**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 45 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 13.1 Requisitos para surtir un formato de receta de VITAMEDICA

vita médica		DATOS REQUERIDOS		
REF	REQUISITOS	EN LA RECETA	POR LA FARMACIA	
A	Datos del médico (Nombre completo, especialidad, clave y firma).	✓		
B	Número de la credencial de afiliación del paciente (Este número deberá ser llenado por el médico tratante y revisado por la farmacia). En caso de no contar con la credencial de afiliación solicitar <b>Carta de Pase Médico</b> .	✓		
C	Clave del cliente (Nombre institución bancaria).	✓		
D	Número de nómina (indica el número de nómina del paciente).	✓		
E	Nombre completo del paciente.	✓		
F	Códigos de Diagnóstico (Estos códigos son asignados por el médico).	✓		
G	Identificar sucursal: La farmacia deberá anotar la clave <b>3665</b> si es <b>Bancomer</b> y <b>2053</b> para el resto de los clientes.	✓		
H	Fecha de la consulta (Indica el Día, mes y año de la consulta y dará vigencia a la receta los <b>primeros 7 días</b> posteriores a su expedición).	✓	✓	
I	Datos de pase (Número de elegibilidad, es asignado por el médico tratante y será requisito indispensable para su dispensación).	✓		
J	Surtir exclusivamente los <b>medicamentos</b> prescritos por el médico (Nombre del medicamento, Presentación y Cantidad).		✓	
K	Número de Preautorización (Cuando el valor de la receta total de la receta rebase los \$5,000.00 (Cinco Mil Pesos 00/100 M.N.) se solicitará autorización al <b>CAT 01 800 91 18 482</b> ). Al momento de surtir los tantos A y B. Para recetas de <b>PREVENTIS</b> llamar al teléfono <b>01 800 73 33 311</b> .		✓	
L	Anotar el importe total de cada medicamento (Precio según Ticket).		✓	
M	Desglosar IVA (en su caso).		✓	
N	Número de unidades o piezas surtidas (frascos, cajas etc.).		✓	
O	Recabar el Código de barras.		✓	
P	Anotar la fecha de surtido (Anotar el día, mes y año en que se está surtiendo el medicamento, fecha ticket).		✓	
Q	<b>Recabar firma de conformidad del paciente por medicamentos entregados.</b>		✓	

ELABORÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

REVISÓ

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

AUTORIZÓ

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 46 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## Observaciones:

1. Comparar los datos personales del paciente con la credencial de derechohabiente
2. Si el formato de receta contiene alguna alteración, enmendadura o tachadura **NO DEBERÁ SER SURTIDO.**
3. El formato tiene que ser llenado por el personal médico responsable con la misma letra y la misma tinta.
4. La farmacia solo podrá surtir un tipo de medicamento por cada uno de los tantos "A" y "B".
5. Si el formato presenta campos en blancos o ilegibles (Datos del médico tratante, Fecha de consulta, Firma del médico) **NO DEBERÁ SER SURTIDO.**
6. Las leches maternizadas sólo deben surtirse con Vale de Lactancia, no se requiere receta.
7. Si al formato le faltan datos del paciente (incisos B, C, D ó E), se puede solicitar al paciente identificación (o preguntar los datos que le hagan falta y anotarlos con lápiz).
8. Solo en el caso de la subsidiaria Bancomer, se podrán surtir vitaminas y multivitamínicos.
9. En el caso de la subsidiaria Banamex, se podrán aceptar vitaminas y multivitamínicos únicamente **inyectables.**

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 47 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 13.2 Formato de pase de farmacia de VITAMEDICA

The image shows two examples of 'Pase a Farmacia' forms from Vita Medica. Each form contains a header with the company name and logo, a patient ID (700011816298-3), and a barcode. The forms are filled with handwritten information, including patient names (Roberto de la Cruz Salas and Fredi Landy Cornelio Manuel), medical specialties (Med. Gral.), and prescriptions (Diflucan 150mg IV and ECOMET 400mg II). The forms also include fields for dates, times, and various administrative codes. The fields are marked with letters A through Q, indicating specific data points for the manual.

Clave del cliente Bancomer 3665 – Clave resto de clientes 2053.

**ELABORÓ**

**REVISÓ**

**AUTORIZÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 48 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 13.3 Guía rápida para el surtido del 'Pase a Farmacia' de VITAMEDICA.

AL RECIBIR UN PASE A FARMACIA DE VITAMÉDICA...

(1) Conozca los 3 *tantos* que lo componen. De acuerdo a la terminología de Vitamédica: tanto = receta.

Ejemplo:

- **Receta "A"**.- tanto original para la prescripción del medicamento # 1, lo debe conservar la farmacia para el cobro a Vitamédica.
- **Receta "B"**.- tanto original para la prescripción del medicamento # 2., lo debe conservar la farmacia para el cobro a Vitamédica.
- **Receta "C"**.- tanto copia de las recetas "A" y "B", lo conserva el derechohabiente. Sin valor para cobro a Vitamédica.

(2) Solicite al derechohabiente su **credencial** de Vitamédica, y verifique en la misma si se debe liquidar un Copago al momento de surtir cada una de las *recetas*. De aplicar un *Copago*, consulte en la credencial el **porcentaje** del mismo, el cual se calcula sobre el importe total de los medicamentos surtidos, en base a su Precio Máximo al Público.

\* Para los derechohabientes que refieran no contar con su credencial de Vitamédica, solicite una identificación oficial con fotografía (Credencial de Elector, Pasaporte, Cartilla Militar, Licencia de manejo) y corrobore la veracidad del Pase comunicándose al CAT de Vitamédica **(01 800 911-8482, opción 6)**.

(3) Verifique que en el Pase a Farmacia **no** se presenten anomalías, tales como:

- Receta* alterada con corrector líquido, tachaduras o datos sobrepuestos.
- Receta* con datos ilegibles o faltantes (cualquiera de los siguientes):

En el encabezado no deben de faltas las siguientes selecciones:

Nombre de Médico <b>NO DEBE FALTAR</b>	Especialidad	Firma del Médico	Nº de Credencial del Paciente	Clave Cliente	Nº de Nómina	Nº de Beneficio
Clave del Médico <b>NO DEBE FALTAR</b>		<b>NO DEBE FALTAR</b>	<b>NO DEBE FALTAR</b>	<b>NO DEBE FALTAR</b>	<b>NO DEBE FALTAR</b>	<b>NO DEBE FALTAR</b>
Nombre del Paciente <b>NO DEBE FALTAR</b>	Número de Pase (Nº de Elegibilidad) <b>NO DEBE FALTAR</b>	Fecha Consulta (día/mes/año) <b>NO DEBE FALTAR</b>	Código CD-1 <b>NO DEBE FALTAR</b>	Código CD-2	Código CD-3	

ELABORÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

REVISÓ

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

AUTORIZÓ

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 49 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

En la Prescripción del Medicamento no deben faltar las siguientes selecciones:

**PRESCRIPCIÓN No. 1 Datos Llenados por el Médico**

Nombre del Medicamento:  **NO DEBE FALTAR**

Presentación del Medicamento (500 mg., 30 ml., 2 mg/5ml., etc):  **NO DEBE FALTAR CANTIDAD Y PRESENTACIÓN**

No. Preautorización (si requiere):

Cantidad por Tomar\*  Veces  día  mes  Duración Tratamiento  días  meses  **NO DEBE FALTAR**

\* Ejemplos: n° de tabletas, n° de gotas, n° de cucharadas, n° de aplicar una crema

Indicaciones Médicas:

Declaro bajo protesta de decir verdad que los medicamentos indicados a continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente

- El nombre del derechohabiente en el Pase a Farmacia, no concuerda con la credencial.
- Pase a Farmacia vencido (excede **7 días naturales** a partir de la **Fecha de Consulta**).
- En una sola receta se prescriben 2 o más medicamentos diferentes.
- Medicamento prescrito en tinta original sobre la leyenda “\*\*\*\*\*Copia\*\*\*\*\*”.
- Prescripción de cualquier tipo de material de curación, producto cosmético, de aseo personal, enjuagues bucales, pastas y cepillos dentales.

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 50 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### AL SURTIR UN PASE A FARMACIA...

- (1) Aún y cuando fueron prescritas por el médico tratante al mismo tiempo, el surtido de la receta "A" es **independiente** del surtido de la receta "B".
- (2) Verifique si cuenta con existencias para surtir la **cantidad total** de piezas prescrita de cada *receta*. De ser así, desprenda la *receta* "A" o "B" a surtir y llene los campos que compete a la farmacia. Si la *receta* "A" o "B" no puede ser surtida en su totalidad, por favor despréndala del Pase a Farmacia y devuélvala al derechohabiente. La farmacia **no podrá extender vales provisionales, tampoco surtir medicamentos sustitutos a los originalmente prescritos.**
- (3) Si se prescriben **productos lácteos**, solicite al derechohabiente el **vale de lactancia** que ampara dicha prescripción. El vale de lactancia deberá estar vigente y debidamente requisitado al momento del surtido.

**Nota:** Un vale de lactancia actúa como una receta de Vitamédica, por lo tanto éste se podrá surtir sin la exigencia de la misma.

- (4) Si el importe que resulta de surtir la totalidad de una *receta* "A" o "B" supera los **\$5,000.00** (Cinco mil pesos 00/100 M.N.) entonces la *receta* deberá contar con el número de **pre autorización** correspondiente, de lo contrario, ésta no deberá surtirse.
- (5) Solicite al derechohabiente firmar cada una de las *recetas* surtidas.

### ELABORÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

### REVISÓ

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

### AUTORIZÓ

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



<b>FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN</b>		
<b>TÍTULO:</b> MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	<b>CÓDIGO:</b> MA-SOP-RE-001	<b>EMISIÓN:</b> MARZO -2010
<b>DEPARTAMENTO:</b> GERENCIA REGIONAL	<b>VERSIÓN:</b> A	<b>PÁGINA:</b> 51 de 99
		<b>REVISIÓN:</b> JULIO - 2010



# M A N U A L

## 13.4 Guía rápida de operación, por cliente, de salud integral de VITAMEDICA

Guía rápida de operación, por cliente, de Salud Integral					
Nombre del cliente	Clave de cliente	Clave para solicitud de elegibilidad con otros proveedores*	Se utiliza Autodisponibilidad para pago de reclamaciones**	Se expide recibo de honorarios a nombre de:	Teléfono CAT
Banca Bancos	Servicio Médico Bancos	133	Si	Banca Banamex S. A. Institución de Banca Múltiple Av. Universidad 1353 Col. Xoco, C. P. 06339 Del. Benito Juárez, México D. F. RFC 904333511J3	
Banques, Citigroup	BAN	1	Si	Banco Nacional de México, S.A. Isabel la Católica No. 44 Col. Centro C. P. 06000, Del. Cuauhtémoc, México D. F. RFC 884945215XB1	
Acciones y Valores Banamex	Activar	152	Si	Acciones y Valores Banamex S. A. de C. V. Caja de Bolsa Integrante del Grupo Financiero Banamex Pasaje de la Reforma No. 209 Col. Juárez C. P. 06600 Del. Cuauhtémoc, México D. F. RFC A48170308PH	
Comisión Nacional Bancaria y de Valores	CNBV	140	No	Comisión Nacional Bancaria y de Valores Insurgentes Sur No. 1871, Torre Sur So. Fin. Col. Cuauhtémoc Ins. C. P. 06709 Del. Álvaro Obregón, México D. F. RFC 028505037H	Del Distrito Federal y Área Metropolitana
Fideicomiso	13000005	152	No	Banco del Ahorro Nacional y Servicios Financieros SANC Fideicomiso No. F100009 P.O. Magallanes No. 115 Col. Tlalcahuacán C. P. 06030 Del. Cuauhtémoc, México D. F. C. P. 06030, México D. F. RFC 8A0000061H7	8448 8750
Banca Cyma	13000028	156	No	Banca Cyma S. A. Institución de Banca Múltiple (En quiebra) Pasaje de la Reforma No. 83 Col. Tabasco C. P. 06030 Del. Cuauhtémoc, México D. F.	Col. Nueva del País
Banco de Comercio	13000029	157	No	Banco de Comercio S. A. Institución de Banca Múltiple (En quiebra) Pasaje de la Reforma No. 83 Int. 14 Col. Tabasco C. P. 06030 Del. Cuauhtémoc, México D. F. RFC 8C9333319AJ	01800 911 8483
Banco Unión	13000028	158	No	Banco Unión S. A. Institución de Banca Múltiple (En quiebra) Pasaje de la Reforma No. 83 Int. 18 Col. Tabasco C. P. 06030 Del. Cuauhtémoc, México D. F. RFC 8A0000061H7	
Banco Citibanamex	13000027	159	No	Banco Citibanamex S. A. Institución de Banca Múltiple (En quiebra) Pasaje de la Reforma No. 83 Int. 14 Col. Tabasco C. P. 06030 Del. Cuauhtémoc, México D. F. RFC 8C9333319AJ	

\* Esta clave se usará para solicitar elegibilidad en Autodisponibilidad, cuando por alguna circunstancia el beneficiario no presente el credencial que le acredita, siempre y cuando le proporcione el número de cédula que le ha sido asignada e identificación oficial o de estudiante, según sea el caso.

\*\* El uso de esta sistema se limita a rubros personales físicos. Una vez procesada la reclamación cuenta con 15 días hábiles para entregar las formas de reclamación en las oficinas de Vitamedica.

**ELABORÓ**

**REVISÓ**

**AUTORIZÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



## FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN



<b>TÍTULO:</b> MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES		<b>CÓDIGO:</b> MA-SOP-RE-001	<b>EMISIÓN:</b> MARZO -2010
<b>DEPARTAMENTO:</b> GERENCIA REGIONAL		<b>VERSIÓN:</b> A	<b>PÁGINA:</b> 52 de 99
		<b>REVISIÓN:</b> JULIO - 2010	

# M A N U A L

vita médica		Guía rápida de operación, por cliente, de Salud Integral			
Nombre del cliente	Clave de cliente	Clave para solicitud de egresados con otras unidades*	Se utiliza Audiencia para pago de reclamaciones**	Se expide recibo de honorarios a nombre de:	Teléfono CAT
Fondo de Capitalización del Sector Rural	FONC	195		Viamedica S. A. de C. V. Venustiano Carranza No. 63 Col. Centro C. P. 06000 Del. Cuauhtémoc, México D. F. RFC VIT721-105548	Del Distrito Federal y Área Metropolitana
Almacén Aorta	Aorta	150			9448 8798
Nacional Fronteras	Viamédica	140			Del resto del País
Operador PMA	Viamédica	137	B		01800 911 9482
Alta Barinas	AFB	3			
Región Barinas	BAR	2			
Servicio Especial Barinas	SEB	48			
Sociedad Hipotecaria Federal	SOCIBAH	161			
Instituto Electoral del Estado de Querétaro	13000000	128			

\* Esta clave se usó para solicitar egresados en Audiencia, cuando por alguna eventualidad el derechohabiente no presente la credencial que le acredita, siempre y cuando le proporcione el número de cédula que le ha sido asignado e identificación oficial o de estudiante, según sea el caso.

\*\* En caso de este sistema se invita a médicos personal físico. Una vez procesada la reclamación cuenta con 15 días hábiles para entregar las formas de reclamación en los oficinas de Viamédica.

**ELABORÓ**

**REVISÓ**

**AUTORIZÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN

TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 53 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



MANUAL

Guía rápida de operación, por cliente, de Salud Integral Con Copagos



Nombre del cliente	Clave de cliente	Clave para solicitud de elegibilidades con otras credenciales*	Se utiliza Audiorespuesta para pago de reclamaciones**	Se expide recibo de honorarios a nombre de:	Monto del copago	Teléfono CAT
Crédito Familiar/Preventis	CREFAM	No aplica	No	Preventis S. A. de C. V. Grupo Financiero BBVA Bancomer Oklahoma No. 14 Piso 4 Col. Napoles C. P. 03810 Delg. Benito Juárez, México D. F. RFC PCG020325UF4	\$150.00	
Aeropersonal	13000001	123			\$100.00	
Avantel 3	13000002	124			\$108.00	Del Distrito Federal y Área Metropolitana
Avantel 4	13000003	125			\$108.00	5448 6700
Avantel Funcionarios Plus	13000004	131		Vitamédica S. A. de C. V. Venustiano Carranza No. 63 Col. Centro C. P. 06000 Delg. Cuauhtemoc México D. F. RFC VIT0311055A8	\$108.00	
Operadora Comercial Mexicana con medicamentos	Vitamédica	144	Si		\$150.00	Del Resto del País
Operadora Comercial Mexicana sin medicamentos	Vitamédica	146			\$150.00	01800 911 8482
Serecor Comercial con medicamentos	Vitamédica	143			\$150.00	
Serecor Comercial sin medicamentos	Vitamédica	145			\$150.00	
Membresía Sanum	Sanum	No aplica	No	Datos fiscales que le indique el paciente	No aplica	

\* Esta clave le será útil para solicitar elegibilidades en Audiorespuesta, cuando por alguna eventualidad el derechohabiente no presente la credencial que lo acredita, siempre y cuando le proporcione el número de nómina que le ha sido asignado e identificación oficial o de estudiante, según sea el caso.

\*\* El uso de este sistema se limita a médicos personas físicas. Una vez procesada la reclamación cuenta con 15 días naturales para entregar los formatos de reclamación en las oficinas de Vitamédica.

Es importante entregar al usuario recibo de honorarios por los montos liquidados por concepto de Copago

ELABORÓ

REVISÓ

AUTORIZÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 54 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 13.5 Vale de lactancia de VITAMEDICA

#### Indicaciones:

Verificar los datos del médico, clave, nombre y firma.

1. Verificar vigencia del vale (día, mes y año).
2. Anotar la fecha de surtido (que corresponda al periodo de vigencia).
3. Anotar la clave (2053)
4. Anotar el nombre de la sucursal que surtió.
5. Anotar el código EAN
6. Anotar el nombre del cliente debe ser integral Banamex o Vita-Medica.
7. Recabar el nombre y firma del paciente por productos entregados.

El formulario muestra los siguientes datos:

- 2:** Vigencia: DEL 21 DIC 2006 AL 19 ENE 2007
- 1:** Clave: 05470625
- 3:** Fecha de surtido: 23/12/06
- 4:** Clave: 2053
- 5:** Nombre de la farmacia: Farmacia de descuento Unión
- 6:** Código EAN: 750108765301
- 7:** Nombre del cliente: Ana Ruth London Hidalgo
- 8:** Firma del paciente: Ana Ruth London Hidalgo

Además, el formulario incluye: Nombre del beneficiario: CESAR MIGUEL COLMENARES LANDERO; Nombre: 3741656-01 BNX; Descripción de la leche: SMA GOLD; Fecha de consulta: 21/12/2006; Firma del pediatra: [Firma manuscrita]; Cantidad: 10 botas de hasta 500 grms cada una; Costo unitario: NA; Descuento: [Espacio para descuento].

ELABORÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

REVISÓ

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

AUTORIZÓ

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES		CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL		VERSIÓN: A	PÁGINA: 55 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010	



# MANUAL

## 13.6 Receta electrónica

Los formatos autorizados para surtir medicamentos a los derechohabientes serán el que actualmente se identifica como “Pase a Farmacia” y el que a continuación se presentan:

<b>CUADRO SUPERIOR</b>		Orden de Farmacia	
Víta médica Nómima-Beneficiario: [REDACTED] Credencial: [REDACTED] Paciente: ALAIN ESPARZA, GONZALEZ Elegibilidad: 16456629 Facturar a: Banco Nacional de México, S.A. Clave Cliente: BNX		 \$ 716458 829002	
Médico: 05203996 MEDICO GENERAL PRUEBA 2, MEDICINA GENERAL Prescripción de Medicamentos: Dolo Tandax: 375 MG Caja con 12 Grag. + 300.0 MG. Cantidad: 1 caja Preautorización: _____ Tomar 3 al día por 3 días. Indicaciones: TOMAR EN CASO DE DOLOR <b>CANCELADO</b> Declaro bajo protesta de decir verdad que los medicamentos indicados y continuación son necesarios para el manejo de la enfermedad del paciente. Firma del Médico: _____		Fecha de consulta: 24/mar/09 Dx: 460 - <b>Datos Llenados por la Farmacia</b> Precio total con descuento con IVA Monto IVA \$ _____ \$ _____ No. Unidades Código EAN _____ Copago Fecha Surtido (día/mes/año) \$ _____ / / Autorizo a Vitamédica el uso de la presente información para el control de mi historial clínico. Firma del Paciente: _____	
<b>CUADRO INFERIOR</b>			
Este pase es válido durante los 7 días naturales después de expedido			

Verificar en el formato anterior que los siguientes campos estén completa y correctamente llenados:

### Cuadro superior:

- Datos del paciente.
- Clave del cliente y razón social a la que debería facturar.

### Cuadro inferior:

- Numero, nombre y especialidad del medico que prescribe.
- Fecha de consulta.
- Datos del medicamento a surtir e indicaciones para el tratamiento.
- Firma del medico y del paciente.

### IMPORTANTE:

- Recibirá un tanto por cada medicamento prescrito.
- El llenado en la sección que le corresponde debe ser con letra de molde y legible.
- Todos los formatos excepto el del paciente, deberán presentar código de barras.
- Las políticas para el surtido de medicamentos continúa sin cambio alguno.
- La vigencia del pase a farmacia es de 7 días posteriores a la fecha de consulta.
- Recuerde que las facturas y notas de crédito no deberán presentarse en un tiempo mayor a 30 días naturales posteriores de la fecha de surtido, de lo contrario estas deberán ser rechazadas.

### ELABORÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

### REVISÓ

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

### AUTORIZÓ

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 56 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

# 14.0 SCOTIABANK INVERLAT



**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 57 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 14.1 Requisitos para surtir un formato de receta de SCOTIABANK INVERLAT

 <b>DATOS REQUERIDOS</b>			
REF	REQUISITOS	EN LA RECETA	POR LA FARMACIA
A	Verificar el recuadro marcado que indique RECETA.	✓	
B	Verificar el Nombre completo del paciente.	✓	
C	Verificar que contenga el número de registro.	✓	
D	Verificar que contenga la dependencia a la que pertenece el paciente. (Si no cuenta con este dato, preguntar al paciente y anotarlo con lápiz).	✓	
E	Fecha de la consulta (Indica el Día, mes y año de la consulta y dará vigencia a la receta los primeros <b>5 días</b> posteriores a su expedición).	✓	✓
F	Datos del médico (Nombre completo y clave).	✓	
G	Códigos de Diagnóstico o de la enfermedad (Estos códigos son asignados por el médico).	✓	
H	Surtir exclusivamente los medicamentos prescritos por el médico (Nombre del medicamento, Presentación y Cantidad) ( <b>Ver tabla de medicamentos restringidos</b> ).		✓
I	Verificar que contenga firma del médico.		✓
J	Recabar firma de conformidad del paciente por medicamentos entregados.		✓
K	Anotar el Precio Ticket de cada medicamento surtido.		✓
L	Desglosar IVA (en su caso).		✓
M	<b>Anotar el importe total de los medicamentos entregados.</b>		✓

#### Observaciones:

- El paciente deberá presentar credencial de afiliación autorizada y vigente que lo acredite como miembro de la institución o en su defecto deberá presentar carta de presentación de servicio médico y verificar vigencia de la misma
- Las leches maternizadas sólo deben surtirse con Vale de Lactancia, no se requiere receta.

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 58 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 14.2 Formato de servicio médico de SCOTIABANK INVERLAT

**SERVICIO MEDICO**

PAJE A OTRO MEDICO   
 ESTUDIOS LABORATORIO   
 APARATOS OPTICOSE   
 FISIOTERAPIA   
 ESTUDIOS GABINETE

RECETA   
 PAJE HOSPITAL

**A**    **B**    **C**    **D**    **E**    **F**    **G**

**H**    **I**    **J**    **K**    **L**    **M**

**798829**

**Dr. N. Jaime**    **5564 964**    **Escuela J.**    **497.05**

**Dr. Juan Yonari**

**Colety Yonari**    **852.9**

DESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO O ESTUDIO A ORDENAR	CANTIDAD	UNIDAD	INDICACIONES PARA EL PACIENTE
<b>Teona tab 400mg</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>Tomar una diaria</b> 7501092724822 <b>295.00</b>
<b>Eleguan tab. 500mg</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>Tomar una diaria</b> 7501100669100 <b>495.00</b>
<b>Supradol dos Sublingual</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>Aplicar Sublingual una</b> <b>tab. 1/12 hr.</b> 75011049306130 <b>129.00</b>

**Dr. Juan Yonari**    **J**    **K**    **L**    **M**

**Scotiabank Inverlat**    **EXPIRA A LOS 15 DÍAS DE LA FECHA DE EMISIÓN**

**ELABORÓ**

**REVISÓ**

**AUTORIZÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 59 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 14.3 Tabla de medicamentos restringidos de SCOTIABANK INVERLAT

Scotiabank Inverlat	MEDICAMENTOS NO AUTORIZADOS
<b>MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS NO AUTORIZADOS POR LA INSTITUCION</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- Medicamentos para bajar de peso ( Diestet, Redotex, Estobex, Raductil, Estelcaps, Xenical, Ectiva, etc. )</li><li>- Nenedent, pastas y cepillos dentales ( ningún tipo )</li><li>- Jeringas</li><li>+ Complementos alimenticios (protevit, geval, ensure, pediasure, sustacal, etc.)</li><li>+ Vacunas bacterianas o inmunostimulantes: Pulmonar OM, Biostin, Leucotrofina, Luivac, Paspel, Immunobell, Broncho Vaxon, Uro Vaxon, Ribovac, Adimat, etc. ( ningún tipo )</li><li>- Filtros y bloqueadores solares ( ningún tipo ).</li><li>- Cremas humectantes ( ningún tipo ).</li><li>- Artículos que sustituyen a pruebas de laboratorio ( Predictor y similares, Destrostix etc. )</li><li>- Jabones y Shampoos (de ningún tipo)</li><li>- Troleches</li><li>- Tratamientos capilares</li><li>- Calcetines y medias elásticas</li><li>- Suspensorios</li><li>- Pañales desechables infantiles y adultos ( ningún tipo).</li><li>- Espaciadores para medicamentos inhalados</li><li>- Talcas y vaselinas ( ningún tipo).</li><li>- Vendas, telas adhesivas ( ningún tipo)</li><li>- Gasas</li></ul>	

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 60 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 14.4 Carnet de lactancia de SCOTIABANK INVERLAT

**CARNET DE LACTANCIA**

Jul-2005

Nº 9590

**B** SAMANTHA MORALES LEON

SUC. H. CARDENAS, TABASCO

**A**

**D** 10 Diez Botes

**C** IGNACIO VASQUEZ LEON

**E**

ENVASIL PREMIUM 1

Scotiabank Inverlat

#### Observaciones:

- Verificar fecha del vale.
- Verificar nombre del paciente.
- Verificar nombre y firma del médico tratante.
- El número de botes de leche a surtir es hasta de 10 botes por cliente.
- Recabar nombre y firma del paciente por medicamentos entregados.

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 61 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

# 15.0 UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO



**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 62 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 15.1 Requisitos para surtir un formato de receta de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

DATOS REQUERIDOS			
REF	REQUISITOS	EN LA RECETA	POR LA FARMACIA
A	Verificar el Nombre completo del paciente.	✓	
B	Verificar el Nombre completo del empleado.	✓	
C	Verificar la Categoría y Adscripción (puesto)	✓	
D	Verificar el número de ficha.	✓	
E	Fecha de la consulta (Indica el Día, mes y año de la consulta y dará vigencia a la receta los primeros <b>3 días</b> posteriores a su expedición) y hasta tres medicamentos máximos por receta.	✓	✓
F	Surtir exclusivamente los medicamentos prescritos por el médico (Nombre del medicamento, Presentación y Cantidad).	✓	
G	Verificar que contenga nombre y firma del médico tratante.	✓	
H	Anotar el Precio según Ticket de <b>cada uno</b> de los medicamentos surtidos.		✓
	Desglosar IVA (en su caso).		✓
I	Anotar el precio según ticket del <b>total</b> de los medicamentos entregados.		✓
J	<b>Recabar firma de conformidad del paciente por medicamentos entregados.</b>		✓

#### Observaciones:

- El paciente deberá presentar credencial de afiliación de la institución autorizada y vigente; o en su defecto deberá presentar carta de prestación de servicio médico y verificar vigencia de la misma.
- Para el surtido de lácteos **en el municipio del Centro**, deberán presentar la receta médica o el vale de subrogación de la UJAT (Universidad Juárez Autónoma de Tabasco).
- Para el surtido de lácteos en el resto de los municipios autorizados se requiere receta por separado (**no surtir medicamentos y lácteos en la misma receta**).
- En el municipio del Centro la sucursal autorizada para surtir recetas y vales de subrogación es **Villahermosa 15** y **Villahermosa 9**, solamente se podrán surtir de lunes a viernes a partir de las 08:00 a las 21:00 horas; **sábados, domingos y días festivos todo el día** (en el caso de **medicamentos controlados**, solo se surtirán si el subrogado, o receta se le es adjuntada la receta particular del médico tratante).
- Para el municipio del Centro solo podrán surtirse recetas generadas en la Clínica **“Santa Cruz”** y **“Hospital del Sureste”** y ostentar el sello de dichos hospitales.

ELABORÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

REVISÓ

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

AUTORIZÓ

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 63 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 5.2 Formato de servicios médicos de la universidad Juárez Autónoma de Tabasco (SSA)

DRH UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO SSA  
SERVICIOS MEDICOS  
(E) (H) (M) (F) 583647

**A** Nombre del paciente: Salvador Jiménez Ramón  
**B** Nombre del Empleado: El mismo.  
**C** Categoría y Adscripción: Docente DACS y H.  
**D** Ficha: 01102 **E** Fecha: 27-Junio-2005

Medicamento No. 1 DOLAC Tabletta  
Tomar 1 c/ 8 hrs.  
= Dos (2) cajas =  
7501124725600x2 = 381.00

**F** Medicamento No. 2 NAXODOL Tabletta  
Tomar 1 c/ 12 hrs. du  
= Dos (2) cajas = 229.80  
7501124723477 x 2 = 459.80

Medicamento No. 3 Gotinal Spray.  
Aplicar 2 Disparos c/ 8 H. **H**  
= Un Frasco = 71.30 **I**  
7501034630070 **G**  
Dr. J. López **J**

ORIGINAL: FARMACIA Vence a las 22 horas

915.10 - 30% DESC = 640.57

ELABORÓ

REVISÓ

AUTORIZÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General





FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 65 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

# 16.0 UNIÓN DE CRÉDITO GANADERO DE TABASCO S. A. DE C. V.



**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 66 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 16.1 Requisitos para surtir un formato de receta de la Unión de Crédito Ganadero de Tabasco S. A. DE C. V.

 <b>DATOS REQUERIDOS</b>			
REF	REQUISITOS	EN LA RECETA	POR LA FARMACIA
A	Fecha de la consulta (Indica el Día, mes y año de la consulta y dará vigencia a la receta los primeros <b>5 días</b> posteriores a su expedición). Tres medicamentos por receta como máximo.	✓	✓
B	Verificar el Nombre completo del empleado.	✓	
C	Verificar el Nombre completo del paciente.	✓	
D	Verificar el Nombre completo del médico tratante.	✓	
E	Verificar que el recuadro marcado indique RECETA.	✓	
F	Surtir exclusivamente los medicamentos prescritos por el médico (Nombre del medicamento, Presentación y Cantidad). <b>Se surten lácteos siempre y cuando el paciente presente el vale de lactancia y se encuentre correctamente requisitado.</b>	✓	
G	Anotar el Precio según Ticket de cada medicamento surtido.	✓	
H	Recabar Código de barras del medicamento surtido.	✓	
I	Desglosar IVA (en su caso).		✓
J	Anotar el importe total de los medicamentos entregados.		✓
K	Verificar que la receta contenga la firma del médico.		✓
L	<b>Recabar firma del paciente por medicamentos entregados.</b>		✓

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES		CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL		VERSIÓN: A	PÁGINA: 67 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010	



# MANUAL

## 16.2 Vale de lactancia de la Union de Crédito Ganadero de Tabasco S. A. DE C. V.

 <p><b>VALE DE LACTANCIA</b> UNIÓN DE CRÉDITO GANADERO DE TABASCO, S.A. DE C.V.</p>	VIGENCIA:		FOLIO
	DEL: ___ DE ___ DE ___	AL: ___ DE ___ DE ___	023
DATOS DEL PEDIATRA		NOMBRE DEL BENEFICIARIO:	
CLAVE: <i>Dr. Angel Chavez Priego</i>	<i>Bernardo Morales Conco</i>		
NOMBRE: <i>Walter Andres Morales Gonzalez</i>	FECHA DE NACIMIENTO PARTIDA		
DESCRIPCION DE LECHE (TIPO Y MARCA)		CLAVE	NOMBRE DE LA FARMACIA
<i>SMA Gold 1</i>			
FECHA DE CONSULTA:	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	DESCUENTO
<i>23 Julio 2007</i>	<i>30 litros de hasta 500 grs. C/L</i>	<i>108.89</i>	<i>1,088.90 Total</i>
FIRMA L. PEDIATRA:	FIRMA AL EMPLEADO QUE LO SURTE LA FARMACIA:		
<i>[Signature]</i>	<i>Walter Andres Morales Gonzalez</i>		
	NOMBRE Y FIRMA DEL EMPLEADO		
	ORIGINAL: FARMACIA COPIA: EMPLEADO COPIA: MEDICO		

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 68 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 16.3 Orden de servicio médico de la Unión de Crédito Ganadero de Tabasco S. A. DE C. V.

 <b>UNION DE CREDITO GANADERO DE TABASCO, S.A. DE C.V.</b> (INSTITUCION AUXILIAR DEL CREDITO) <b>ORDEN DE SERVICIO MEDICO</b>		<b>FOLIO NUM.</b> <b>04840</b> <b>A</b>
IDENTIFICACION:		FECHA 23/04/05
NOMBRE <b>B</b>	WALTER MORALES GONZALEZ	DIAGNOSTICO O MOTIVO DE LA CONSULTA
REGISTRO		
PACIENTE <b>C</b>	MISMO	DIAS DE INCAPACIDAD
DEPARTAMENTO		
DOCTOR <b>D</b>	DR. EUSBEIO ALVARADO VER	DEBE PRESENTARSE EL DIA
FARMACIA		
<b>E</b> <input type="checkbox"/> RECETA <input type="checkbox"/> ESTUDIOS LABORATORIO <input type="checkbox"/> ESTUDIOS RADIOLOGICOS <input type="checkbox"/> PASE CON DTR0 MEDICO <input type="checkbox"/> PASE A HOSPITAL		
<b>F</b> <b>PRESCRIPCION MEDICA</b>		
1) MICHTAL CREMA (02)		NS \$98.000 - 192
APLICAR CADA 12 HRS HASTA TERMINAR		
2) 7501365491003		NS
		<b>I</b>
3)		NS
		<b>J</b>
TOTAL NS		
OBSERVACIONES		
FIRMA DE MEDICO <b>K</b>	FIRMA DEL EMPLEADO <b>L</b>	FIRMA AUTORIZADA

ELABORÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

REVISÓ

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

AUTORIZÓ

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 69 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 17.0 BANRURAL



**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 70 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 17.1 Requisitos para surtir un formato de receta de BABRURAL

		DATOS REQUERIDOS	
REF	REQUISITOS	EN LA RECETA	POR LA FARMACIA
A	Fecha de la consulta (Indica el Día, mes y año de la consulta y dará vigencia a la receta los primeros <b>5 días</b> posteriores a su expedición). Dos medicamentos por receta.	✓	✓
B	Verificar al Estado de procedencia de la receta.	✓	
C	<b>Se surtirán recetas de todos los municipios, a excepción del Centro (Villahermosa)</b>	✓	
D	Verificar el Nombre completo y número del empleado.	✓	
E	Verificar que indique ADSCRIPCIÓN. (Indica la procedencia del empleado).	✓	
F	Surtir exclusivamente los medicamentos prescritos por el médico (Nombre del medicamento, Presentación y Cantidad).		✓
G	Anotar el Precio Ticket de cada medicamento surtido.		✓
H	Verificar que indique que la receta será surtida en Farmacias Unión.		✓
I	Anotar el importe total de los medicamentos entregados.		✓
J	Verificar que contenga los datos del médico (nombre, clave, firma, registro y especialidad).		✓
K	Recabar firma del paciente.		✓
L	Verificar contenga el sello de la institución.		✓
M	<b>Recabar el código de barra del producto (EAN)</b>		✓

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General

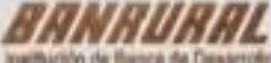


<b>FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN</b>		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 71 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# M A N U A L

## 17.2 Formato de receta médica de sistema BANRURAL

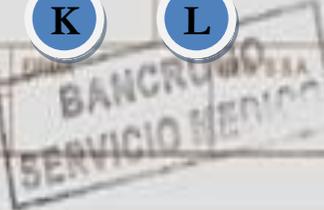



**Banco de Crédito Rural del Golfo, S.N.C. EN LIQUIDACIÓN**

**RECETA MEDICA**

**SERVICIO MEDICO SISTEMA BANRURAL**

FOLIO <b>Nº 10046</b>			CLAVE		SUCURSAL		CLAVE			
<b>A</b>	DIA	MES	AÑO	ESTADO	CLAVE	MUNICIPIO	CLAVE	UNIDAD MEDICA	CLAVE	
	09	JUN	2005	TABASCO		JALPA				
<b>B</b>						<b>C</b>		<b>D</b>		
NOMBRE DEL EMPLEADO CARIDAD CASTILLO SASTRE						No DE EMP 800423		<b>M</b>		
NOMBRE DEL FAMILIAR ALEJANDRA RIVERA HERNANDEZ CASTILLO						No DE EMP				
RECIBI SERVICIO						CLAVE				
<b>F</b>						<b>G</b>				
PRESCRIPCION MEDICA										
MEDICAMENTO			COSTO UNITARIO		INDICACIONES					
DOS CAJAS DE CIPROFLOX DE 500 MGRS. CAPSULAS					TOMAR UNA CAPSULA DE DESAYUNAR Y CENAR.					
<b>H</b>			<b>I</b>							
FARMACIA		CLAVE	PRECIO DE LA RECETA		HOSPITAL		CLAVE			
UNION		<b>J</b>								
NOMBRE DEL MEDICO			CLAVE	REG. D.G.P.		ESPECIALISTA				
MIGUEL ALBERTO JIMENEZ J.			<b>K</b>	1031962						
N.B. 21500										



**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 72 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 17.3 Formato de control para atención médica – formulario de receta médica de BANRURAL

**CONTROL PARA ATENCIÓN MÉDICA  
FORMULARIO DE RECETA MÉDICA**

FOLIO **11560**

---

Fondo de Pensiones del Sistema Banrural  
Coordinación de Servicios Médicos

<b>DATOS DEL DERECHAHABIENTE</b> <b>A</b>	<b>ORIGEN DEL ENVÍO</b> <b>B</b>
Quiróna Limpieza Solar 250040-00 NO. EMP. 11803 - Serikilosa.	CENICA <input type="checkbox"/> CONS. EN EDIF. <input checked="" type="checkbox"/> ESPECIALISTA <input type="checkbox"/> DOMICILIARIA <input type="checkbox"/>
	FECHA <b>4 01 05</b> <small>DÍA MES AÑO</small>

---

**RECETA**

	IMPORTE	
	PARCIAL	TOTAL
1. Ryniprim Spray. UNID. Aplicar x las alergias	<b>D</b>	<b>E</b>
2. Quevilonox 500mg. Dos caps. Tanto por 8 horas		

---

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO QUE PRESTA SERVICIO</b> <b>F</b>	<b>UNIDAD MÉDICA</b>
Francisco José Olvera Priego REGISTRO D.G.P. 118170	BANRURAL SERVICIO MÉDICO ORIGINAL

**G** **DRH-CSM-01**

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 73 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 17.4 Formato múltiple de BANRURAL en liquidación

**BANRURAL** En Liquidación

COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS. FORMATO MÚLTIPLE

FEEDBACK FONDO DE FOMENTO DEL SISTEMA SANITARIO

FECHA DE EMISIÓN: 11/02/09

FEDECO 1861222

**DATOS DEL USUARIO**

Esperon Bello Odavis Reguendo

APPELLIDO PATERNO APPELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

CLAVE DE USUARIO: 910800281

INDICAR EL SERVICIO REQUERIDO: SI MARCA MAS DE UN SERVICIO, ESTE DOCUMENTO QUEDA INVALIDADO

**RECETA MÉDICA**

Mefenatol 200mg Grande (2 Paq) 1-1-1-1-1-1

Stattera Cap 10mg (1 Paq) 1-1-1-1-1-1

ORDEN DE SERVICIO PARA: LABORATORIO  GABINETE  HOSPITALIZACIÓN  OTROS

FAVOR DE REALIZAR:

PASE PARA INTERCONSULTA A ESPECIALIDAD

MÉDICO QUE ENVÍA: CONSULTA  SI  NO

MÉDICO QUE PRESTA EL SERVICIO: SE OTORGO SERVICIO

ESTE DOCUMENTO TIENE VIGENCIA DE 15 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN

ELABORÓ

REVISÓ

AUTORIZÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 74 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 18.0 SEGURO POPULAR



**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 75 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 18.1 Requisitos para surtir un formato de receta del Seguro Popular

DATOS REQUERIDOS			
REF	REQUISITOS	EN LA RECETA	POR LA FARMACIA
A	Verificar que cuente con número de “Afilación al SPS”.	✓	
B	Datos legibles del nombre del médico. El dato de la cédula profesional deberá ser legible tratándose de medicamentos controlados.	✓	
C	Datos legibles del medicamento (Nombre Genérico, Presentación, Dosis y de piezas a surtir, la cual debe estar anotada con letra y número). Consultar en el <i>Cuadro básico vigente</i> la marca a surtir según se indica en columna <b>Marca/Modelo</b>	✓	
D	Firma del médico.	✓	
E	Sello que identifica a la unidad médica, el cual puede estar colocado en el frente o reverso de la receta.	✓	
F	Anotar la fecha de surtido.		✓
G	Proveedor (nombre de la farmacia que surte).		✓
H	Los medicamentos a surtir deberán ser autorizados y anotados en este espacio por la unidad, a excepción del Hospital Juan Graham, Del Niño y De la Mujer cuyas recetas se surtirán conforme se indique en el frente de las recetas. Para el caso del Hospital Roviroso las sucursales que otorgan el servicio deberán anotar en ese espacio los medicamentos así como la cantidad surtida.		✓
I	Verificar que contenga sello correspondiente a la <i>Unidad Médica</i> y la firma autorizada.		✓
J	Recabar nombre y firma del responsable (vendedor) que surtió la receta.		✓
K	<b>Recabar nombre y firma de la persona que recibe el medicamento no importando si es o no el paciente.</b>		✓

#### Observaciones:

Presentar Formato **FUCE** (Formato Único de Consulta Externa) color Azul, NO SOLICITAR LA POLIZA, UNICAMENTE VERIFICAR QUE LA RECETA TENGA ANOTADO EL NUMERO DE AFILIACION.

La vigencia de la receta es de 3 días a partir de la fecha de expedición.

Si la receta presenta alguna alteración, tachadura o enmendadura no se debe surtir.

- El paciente debe ser atendido por el Gerente de la Farmacia cuando se trate de medicamentos controlados, solicitando al paciente el **ORIGINAL Y LA COPIA AZUL** y se verificará que cuente con la Cédula Profesional del Médico en forma legible. Al paciente se le informará que por tratarse de ese tipo de productos la farmacia también se quedará con el original. La receta original deberá conservarse en el libro de control y la copia azul se remitirá a la unidad junto con el concentrado o al Área de Crédito y Cobranza, según sea el caso.
- Queda estrictamente prohibido surtir bajo este procedimiento medicamentos fuera del cuadro básico.**

ELABORÓ

REVISÓ

AUTORIZÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 76 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

- Se podrán surtir medicamentos fuera de cuadro básico a las Jurisdicciones, con autorización de la CP. Adabella Jesús Avalos y se aplicará el procedimiento de venta de contado previo pago en efectivo o cheque.
- Se podrán surtir pedidos, los cuales se considerarán como una receta. Previo al surtimiento de pedidos, deberán contactar con la CP. Adabella Jesús Avalos, Ejecutivo Comercial.
- En municipios, las recetas de los centros de salud deberán registrarse en la jurisdicción que corresponda. En los casos de unidades en donde exista un acuerdo en contrario a esto, deberá respetarse.
- Si se surten cantidades diferentes a las prescritas, solicitar al paciente que en el renglón respectivo firma de recibido las piezas entregadas, a fin de evitar malos entendidos.
- No deberán anexarse los tickets.
- Cuando no se cuente con existencias para surtir los medicamentos, deberán elaborar un vale económico en 3 tantos (1 para el paciente, 1 para Jurisdicción y 1 para sucursal), el cual tendrá vigencia de 4 días. Esta actividad es importante realizarla para que las unidades tengan la seguridad que los medicamentos que se cobran son los que se surten.
- Por los medicamentos faltantes **NO** deberá elaborarse vale económico, debiendo informar a los directivos de las jurisdicciones u hospitales, para que tomen las medidas correspondientes para no afectar el tratamiento del paciente.

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General





FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 78 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 18.3 Formato único de consulta externa del Seguro Popular (reverso)

CONTROL DE FARMACIA

FECHA  
11 '06'05 **E**

PROVEEDOR **F** 0 SSA 0 OTRO Farmacia Union Emiliana 30040

MEDICAMENTOS SURTIDOS	BELLO O FIRMA DE ENTREGA
Diclofenaco cto cap. o giageas 100 mg (3417) 1x28 0 0 750300042	
Celecoxib cto capsulas 200 mg (5506) 2x 268 30	2368
	7501049786205

**H**

UNIDAD QUE ATIENDE T= 564

PROVEEDOR **G**

FIRMA DEL RESPONSABLE

USUARIO **I**

FIRMA DE RECIBIDO (USUARIO)

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 79 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 19.0 QUÁLITAS



**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 80 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 19.1 Requisitos para surtir un formato de receta de QUÁLITAS: Compañía de Seguros S. A. DE C. V.

 <b>DATOS REQUERIDOS</b>			
REF	REQUISITOS	EN LA RECETA	POR LA FARMACIA
A	Fecha de la consulta (Indica el día, mes y año de la consulta y dará vigencia a la receta los primeros <b>5 días</b> posteriores a su expedición).	✓	
B	Verificar el número de póliza asignado por el médico.	✓	
C	Verificar el número de siniestro asignado por el médico.	✓	
D	Nombre completo del paciente.	✓	
E	Surtir exclusivamente los medicamentos prescritos por el médico (Nombre del medicamento, Presentación y Cantidad).	✓	
F	Anotar el Precio según Ticket de cada medicamento surtido.	✓	
G	Importe total de la receta (desglosar si es gravado).	✓	
H	Recabar firma de conformidad del paciente por medicamentos entregados.	✓	
I	Datos del médico (Nombre completo y firma).	✓	
J	Recabar firma de conformidad del paciente por medicamentos entregados.	✓	

#### Observaciones:

- El paciente deberá presentar junto con la receta el **“Pase para Servicio Médico”**
- La receta se compone de 6 tantos en colores azul, amarilla, verde, rosa, blanca y.....
  - La receta original pertenece al paciente.
  - La copia Azul es del médico.
  - Las copias amarilla, verde, rosa y blanca, se podrán surtir todas a la vez o por separado.

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



<b>FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN</b>			
<b>TÍTULO:</b> MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES		<b>CÓDIGO:</b> MA-SOP-RE-001	<b>EMISIÓN:</b> MARZO -2010
<b>DEPARTAMENTO:</b> GERENCIA REGIONAL		<b>VERSIÓN:</b> A	<b>PÁGINA:</b> 81 de 99
		<b>REVISIÓN:</b> JULIO - 2010	



# M A N U A L

## 19.2 Formato de receta médica de QUÁLITAS (original/farmacia)

**Quálitas**  
Compañía de Seguros S.A. de C.V.  
\*\*\*\*\*  
1504 Ma. Guadalupe Tl. 4217 Col. San José de los Ríos Cuernavaca SS200 México, D.F. Tels. 34 81 - 8100 y 50 02 3300  
Fax: 3481-8100 y 5002-5300 Casas de Negocios: Veracruz: 01-800-800-2880 y 01-800-288-8700 Irapuato: 01-800-800-3021

**Receta Médica**

Reporte:       Sinistro:       Folio:

Póliza:       Inicio:       Lugar y fecha de prescripción:  /  /       ID:       MM:       AA:

Asegurado:       Tercero:

**DATOS DEL PACIENTE:**

APELLIDO PATERNO:       APELLIDO MATERNO:       NOMBRE (S):       EDAD:       SEXO:       LUGAR:       TELÉFONO:

**NOTA PARA MÉDICO: FAVOR DE CANCELAR EL RECUADRO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO QUE NO SE UTILICE**

**MEDICAMENTO 1:**

Cantidad:  /       Descripción:

Indicaciones:

Días:

**MEDICAMENTO 2:**

Cantidad:  /       Descripción:

Indicaciones:

Días:

**Diagnóstico:**

**DATOS DEL MÉDICO:**

Nombre (S) y apellidos:

Especialidad:

Cédula Profesional:

Lugar / Teléfono:

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

**ORIGINAL / FARMACIA**

**ELABORÓ**

**REVISÓ**

**AUTORIZÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES		CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL		VERSIÓN: A	PÁGINA: 82 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010	



# MANUAL

## 19.3 Formato de receta médica de QUÁLITAS (copia/paciente)

**Qualitas**  
Compañía de Seguros S.A. B. de C.V.  
\*\*\*\*\*  
José Ma. Castorena S. 425 Col. San José de los Cobres Cuahuatla 06200 México, D.F. Tels. 54 81 - 8000 y 55 02 5400  
Fax: 5481-8330 y 5502-3100 Ciudad de Guaymas, Sonora: 01-800-800-2880 y 01-800-288-8700 Servicio al Cliente: 01-800-900-2021

**Receta Médica**

Reporte  Sinistro  Folio

Póliza  Inicio  Lugar y fecha de prescripción  ID  SIM  AS

Asegurado  Tercero

**DATOS DEL PACIENTE:**

Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombre(s)  Edad  Sexo  F  M  Estado  Teléfono

NOTA PARA MÉDICO: FAVOR DE CANCELAR EL RECUADRO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO QUE NO SE UTILICE

**MEDICAMENTO 1:**

Cantidad   Descripción

Indicaciones

**MEDICAMENTO 2:**

Cantidad   Descripción

Indicaciones

**DATOS DEL MÉDICO:**

Nombre (s) y apellidos

Especialidad

Cédula Profesional

Lugar / Teléfono

Fecha del Paciente  Firma del Médico

**COPIA / PACIENTE**

025-02

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



<b>FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN</b>		
<b>TÍTULO:</b> MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	<b>CÓDIGO:</b> MA-SOP-RE-001	<b>EMISIÓN:</b> MARZO -2010
<b>DEPARTAMENTO:</b> GERENCIA REGIONAL	<b>VERSIÓN:</b> A	<b>PÁGINA:</b> 83 de 99
		<b>REVISIÓN:</b> JULIO - 2010



# M A N U A L

## 19.4 Formato de receta medica de QUÁLITAS (copia/medico)

**Qualitas**  
Compañía de Seguros S.A. B. de C.V.  
\*\*\*\*\*  
Inst. Ma. Carmona N. 436 Col. San José de los Ríos Cuernavaca 05200 México, D.F. Tels. 44 81 8000 y 26 02 5000  
Fax: 3492 8500 y 5002 5500 Ciudad de México Nacional 01 800 800 2800 y 01 800 288 8700 Servicio al Cliente 01 800 900 2021

### Receta Médica

Reporte

Siniestro

Folio

Póliza

Inicio

Asegurado  Tercero

Lugar y fecha de prescripción

**DATOS DEL PACIENTE:**

Apellido Paterno  Apellido Materno  Nombres (II)  Edad  Sexo  M  F  Teléfono

**NOTA PARA MÉDICO: FAVOR DE CANCELAR EL RECUADRO DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTO QUE NO SE UTILICE**

**MEDICAMENTO 1:**

Cantidad   Descripción Ap.

Indicaciones

Días

**MEDICAMENTO 2:**

Cantidad   Descripción Ap.

Indicaciones

Días

**DATOS DEL MÉDICO:**

Nombre (II) y apellidos

Especialidad

Cédula Profesional

Lugar / Teléfono

Firma del Médico

**Datos del Paciente:**

Firma del Paciente

**LA PRESENTE RECETA TIENE VIGENCIA DE 30 DÍAS CONTIGUOS A PARTIR DE LA FECHA DE PRESCRIPCIÓN**

**COPIA / MÉDICO**

**ELABORÓ**

**REVISÓ**

**AUTORIZÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



<b>FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN</b>					
<b>TÍTULO:</b> MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES			<b>CÓDIGO:</b> MA-SOP-RE-001		<b>EMISIÓN:</b> MARZO -2010
<b>DEPARTAMENTO:</b> GERENCIA REGIONAL			<b>VERSIÓN:</b> A	<b>PÁGINA:</b> 84 de 99	<b>REVISIÓN:</b> JULIO - 2010



# M A N U A L

## 19.5 Formato de receta médica de QUÁLITAS en casos de siniestros

**Receta Médica**

**A** (Title) **B** (Code) **C** (Emission)

**D** (Patient Name) **E** (Medication) **F** (Dose) **G** (Signature) **H** (Signature)

**I** (Signature) **E** (Signature)

Nombre del Paciente: **ADOLFO FULIDO MONTALVO**  
 Dirección: **HIDALGO 296, BARRIO SANTUARIO, CIUDADANA TABASCO**  
 Ocupación: **ESTUDIANTE**  
 Medicación: **VOLTAREN RET-20, TAB 10**  
 Dosis: **Tomar una cada 12 hrs por 7 días**  
 Prescripción: **750 1091910723 (1)**  
 Especialidad: **Trumatología**  
 Diagnóstico: **FOLICULITIS**  
 Tratamiento: **ANTIBIOTICOTERAPIA EN COLUMNA DORSAL**

**ELABORÓ**

**REVISÓ**

**AUTORIZÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General





FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 86 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

# 20.0 MEDICA INTEGRAL GNP



**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 87 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 20.1 Requisitos de servicio de farmacias de médica integral GNP para asegurados de HALLIBURTON

Documento con el cual los médicos de Médica Integral GNP prescriben medicamentos, estudios de apoyo al diagnóstico y artículo de ortopedia.

	INDICACIONES	INDICACIONES PARA:	
		EL ASEGURADO	LA FARMACIA
	Presentar Identificación oficial con fotografía (Credencial de Elector, Licencia de Manejo, Pasaporte, Cartilla Militar) o credencial de Monte de Piedad	✓	
	Presentar Credencial de Médica Integral GNP (se anexa credencial)	✓	
	Revisar que coincidan los datos de la credencial con los del multiformato (Nombre, no. Credencial, copago 0)		✓
	Revisar que el multiformato tenga el número de autorización. (indispensable para pago)		✓
	Verificar la fecha de expedición ya que tiene una vigencia de <u>7 días</u> para su utilización.		✓
	Recabar firma del asegurado.		✓
	Presentar carta de autorización (se anexa formato) en caso de medicamentos controlados, de alta especialidad u oncológicos.	✓	
	Verificar que el o los medicamentos prescritos estén considerados en la lista de medicamentos autorizados antes de surtir el formato de receta. Según archivo enviado a todas las sucursales por Ventas Institucionales.		✓

**NOTA:** NO es indispensable que traiga el sello, con la clave y firma es suficiente.

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES		CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL		VERSIÓN: A	PÁGINA: 88 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010	



# MANUAL

## 20.2 Formato de consulta y servicios referidos FC-1 de Médica Integral GNP

**Formato de consulta y servicios referidos FC-1** FOLIO **R 155501**

Para recibir cualquiera de los servicios enumerados en el presente formulario es requisito indispensable presentar su credencial vigente de Médica Integral GNP y una identificación oficial con fotografía.

**0.00**

**Prescripciones en consulta**

**Prescripciones en consulta**

**Prescripciones en consulta**

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 89 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 20.3 Membrecía HALLIBURTON de Médica Integral GNP

No. de empleado	Credencial:	#####	
<b>Nombre del cliente 10 PPT</b>			
Vigencia: DD/MM/AAAA al DD/MM/AAAA			
Copagos:		Descuentos:	
Consulta:	\$150	Farmacia:	10%
Urgencia y hospitalización:	No Cubierta	Apo yo de diagnó stico:	80%
Emergencia en el extranjero:	No Cubierta	Consulta de más:	10%
			
<b>Membresía Halliburton</b>			

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General





FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 91 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 20.5 Formato de atención médica en consultorio y servicios generales de MEDIACCESS

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 92 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 20.6 Membrecía de servicios médicos de MEDICAL HOME

**membresía de servicios médicos**

**Medical Home**  
Su salud en las mejores manos®

**TITULAR**  
**TORIBIO CANO ZUÑIGA**

**EVELIA GARZA DE CANO**  
**EVELIA GARZA DE CANO**  
**EVELIA CANO GARZA**  
**CARLOS ALBERTO CANO GARZA**  
**ROBERTO CESAR CANO GARZA**  
**EDGARDO ELIZONDO DIAZ**  
**EDGARDO ELIZONDO GARZA**

MIEMBRO DESDE **2004**      MEMBRESÍA No. **3354**

1004417500

Su membresía le da acceso a estos servicios:

- Descuentos en hospitales, laboratorios, ópticas y en muchos servicios médicos más.
- Médicos especialistas a tarifas preferenciales.
- Atención médica telefónica ilimitada y gratuita, las 24 horas del día.
- Apoyo telefónico gratuito para la atención de emergencias y ambulancias con descuento.
- Consulta médica a domicilio a precio especial.

Consulte su Directorio y obtenga grandes descuentos directamente con el médico o proveedor del servicio.

**DIRECTORIO**

Atención médica y apoyo telefónico en caso de emergencia

Ciudad de México: **5201•7676**  
Del interior de la República: **01 800 633•4265**

En internet: **www.medicalhome.com**

### Condiciones:

- Cuando el paciente presente la credencial de “Médical Home” se deberá aplicar el 1% de descuento adicional al descuento (Verificar Manual de Cianet) que está vigente en la farmacia solo a los medicamentos de patente.

## 20.7 Tarjetas de HEALTH & BENEFITS (H&B)

# Membresía H&B

**H&B**  
HEALTH AND BENEFITS

**ELABORÓ**

**REVISÓ**

**AUTORIZÓ**

**TU SALUD ES PRIMERO**

1. Tarjeta personal e intransferible.
2. Presentar tarjeta de identificación oficial antes de realizar su pago.
3. El valor anual de la tarjeta incluye:
  - 4. El costo del Impuesto es de \$ 30.00
  - 5. Cobertura de Servicio Seguro del Interior de la República:
    - 6. \$ 1,000,000.00 y en el O.P. A: 2000.00

Membresía H&B:

Membresía H&B	Miembro del Interior de la República	Miembro del Exterior de la República
\$ 30.00	\$ 1,000,000.00	\$ 1,000,000.00

1. Marque con un lápiz el tipo de cobertura que desea.

2. Digite al H&B el número de la tarjeta #

3. Para Seguro a E.U.A y Canadá: C.C.T. = código de área + número telefónico + #

4. Atención a cuentas: 1 800 633 4265

5. Recargos Membresía H&B de Tar: 01 800 200 2000

Firma: \_\_\_\_\_

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES		CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL		VERSIÓN: A	PÁGINA: 93 de 99
			REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 20.8 Tarjeta LIVERPOOL – H&B

# Tarjeta Liverpool – H&B



## 20.9 Tarjeta C&A modas

# Tarjeta C&A Modas



ELABORÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

REVISÓ

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

AUTORIZÓ

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010	
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 94 de 99	REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 20.10 Tarjetas de HEALTH & BENEFITS (H&B)



## 20.11 Tarjetas CAR RED



### Condiciones:

Cuando el paciente presente la credencial de "HEALTH & BENEFITS" se deberá aplicar el 1% de descuento adicional al descuento que está vigente en la farmacia solo a los medicamentos de patente. (Ver Manual del Sistema Cianet)

**ELABORÓ**

**REVISÓ**

**AUTORIZÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 95 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 21.0 ANEXOS

### ELABORÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

### REVISÓ

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

### AUTORIZÓ

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN			
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES		CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL		VERSIÓN: A	PÁGINA: 96 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010	



## MANUAL

### 21.1 Anexo 1: Contactos para dudas o comentarios

REGION TABASCO			
NOMBRE	PUESTO	CORREO ELECTRÓNICO	TELEFONO CELULAR
Adabella Jesús Avalos	Ejecutivo Comercial	<a href="mailto:Adabella.jesusa@farmaciasunion.com">Adabella.jesusa@farmaciasunion.com</a>	(993) 1 90 38 36
Manuel Urquín Gómez	Ejecutivo Comercial	<a href="mailto:Manuel.urquing@farmaciasunion.com">Manuel.urquing@farmaciasunion.com</a>	(993) 1 90 34 35
Raúl Aquino Sánchez	Ejecutivo Comercial	<a href="mailto:Raul.aquinos@farmaciasunion.com">Raul.aquinos@farmaciasunion.com</a>	(993) 1 90 59 35

REGION VERACRUZ			
NOMBRE	PUESTO	CORREO ELECTRÓNICO	TELEFONO CELULAR
Eloy Reyes Juárez	Ejecutivo Comercial	<a href="mailto:Eloy.reyesj@farmaciasunion.com">Eloy.reyesj@farmaciasunion.com</a>	(921) 1 03 92 08

REGION PENINSULA			
NOMBRE	PUESTO	CORREO ELECTRÓNICO	TELEFONO CELULAR
Maria Guadalupe Euan León	Ejecutivo Comercial	<a href="mailto:Mariag.euanl@farmaciasunion.com">Mariag.euanl@farmaciasunion.com</a>	(984) 1 51 86 88
Nestor Cruz Domínguez	Ejecutivo Comercial	<a href="mailto:Nestor.cruzd@farmaciasunion.com">Nestor.cruzd@farmaciasunion.com</a>	(984) 1 51 83 85

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 97 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



# MANUAL

## 21.2 Anexo 2: Tips para mantener la calidad en el surtimiento de recetas:

- Si la receta no especifica el número de piezas, ni la duración del tratamiento, deberá surtirse solo una pieza del medicamento del menor gramaje y de la menor presentación.
- Verificar que se surtió correctamente el pedido (sustancia activa, cantidad de piezas, presentación, etc.), abrir la caja y comprobar que el producto esté completo y en buen estado y/o mostrarle al cliente el sello de garantía; y anotar los datos que requiere la receta con lápiz (ver requisitos por cliente).
- Si no hay un producto, preguntarle al cliente si está de acuerdo que se le consiga en otra sucursal (informar el tiempo aproximado que puede tardar y preguntar si gusta esperar). Si el cliente lo aprueba, informar al Gerente o Jefe de Ventas para que realice de forma rápida un traspaso (solicitar el producto a otra sucursal) o bien indicarle al cliente en que sucursal le pueden surtir completa su receta.
- Si el formato de la receta cuenta con dos o más tantos, se desprende el tanto que es surtido en su totalidad y el resto no surtido se le entrega al paciente.
- Si en el formato de recetas presentara alguna información o dato que represente incertidumbre con respecto a la veracidad de los datos prescritos, marcar la lada 800 que se encuentra en cada una de las guías rápidas de los clientes institucionales.
- Anotar los datos que se solicitan en la receta institucional según el cliente.
- Al terminar de surtir la receta, solicitar la firma del cliente de la siguiente manera “¿ME AUTORIZA POR FAVOR?”... “GRACIAS”, darla de baja en el sistema y entregar al cliente su respectiva receta.
- Cuando nuestro cliente se haya retirado de la farmacia, inmediatamente después almacenar la receta en el lugar que previamente haya sido seleccionado como el más seguro y de mayor control en la farmacia.

**ELABORÓ**

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

**REVISÓ**

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

**AUTORIZÓ**

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General

# MANUAL

## 21.3 Anexo 3: Sucursales que surten recetas en el estado de Tabasco

CLIENTE INSTITUCIONAL	SUCURSAL	ESTADO	CIUDAD O MUNICIPIO	OBSERVACIONES
 <b>ISSET</b>		Tabasco	Cárdenas	En Jalpa, Cunduacán, Frontera, Macuspana y Comalcalco no se surtirán las recetas ya que están definidas las sucursales que otorgarán el servicio.  *No deberán surtirse recetas de otros municipios distintos al que indica la receta.
			Huimanguillo	
			Teapa	
			Jonuta	
			Jalapa	
			Emiliano Zapata	
			Balancan	
			Cunduacan 2	
			Nacajuca	
			Jalpa	
	Frontera			
	Comalcalco			
 <b>UJAT</b>	Villahermosa 15		Villahermosa	El servicio de surtimiento de recetas y vales de subrogación solo se dará en la sucursal Villahermosa 15
	Villahermosa 9		Villahermosa	El vale de subrogación se deberá surtir sin ninguna restricción cualquier día de la semana aun tratándose de medicamentos controlados los cuales se surtirán sin receta particular del médico tratante.
			Cunduacan	
			Jalpa	
			Nacajuca	
 <b>QUÁLITAS</b>	Villahermosa 01		Villahermosa	
	Villahermosa 06		Villahermosa	
	Villahermosa 11		Villahermosa	
	Villahermosa 15		Villahermosa	

ELABORÓ

REVISÓ

AUTORIZÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General



FARMACIAS DE DESCUENTO UNIÓN		
TÍTULO: MANUAL DE RECETAS INSTITUCIONALES	CÓDIGO: MA-SOP-RE-001	EMISIÓN: MARZO -2010
DEPARTAMENTO: GERENCIA REGIONAL	VERSIÓN: A	PÁGINA: 99 de 99
		REVISIÓN: JULIO - 2010



## MANUAL

### 21.4 Anexo 4: Centros de atención de clientes institucionales

CLIENTE	NUMERO TELEFÓNICO	OBSERVACIONES
VITAMEDICA	01 800 911 84 82	CAT las 24 horas
ING	01 800 215 10 19 Ext. 2366 y 2374 del interior de la república	Para cualquier duda o aclaración de lunes a viernes de las 08:30 a las 17:30 hrs.
ING	01 800 201 67 64 del interior de la república	Para solicitar alguna autorización se deberá comunicar al CAT de Banorte
QUÁLITAS	01 800 215 10 19 Ext. 2366 y 2374 del interior de la república.	De Lunes a viernes de las 08:30 a las 17:30 hrs
GNP SEGUROS, MEDICA MOVIL , HAA Y MEDIACCESS	01 800 713 77 92	Asistencia Médica Integral. En caso de medicamento Controlado, de alta especialidad, Oncológicos, el asegurado deberá de presentar carta de autorización y multiformato

### 21.5 Anexo 5: Tabla de empresas afiliadas a ING

GRUPO	CLIENTE	COPAGO
Afianzadora insurgentes	Afianzadora Insurgentes.	NO APLICA
	Servicios Corporativos Insurgentes.	
	Instituto de Capacitación Insurgentes.	
Seguros Serfin	Servicios Corporativos Seguros Serfin.	
	Seguros Santander Mexicano.	
	Vidapass.	
Auto conectores de Chihuahua EL COM	Auto conectores de Chihuahua EL COM, S. De R.L.	
Nacional Monte de Piedad	Nacional Monte de Piedad.	
Ruba Servicios	Ruba Servicios, S.A. DE C.V.	
Cooperativa Cruz Azul	Cooperativa Cruz Azul	50 %

ELABORÓ

Sr. Jorge Hermes Ehecatl Olvera Priego  
Gerente Regional Zona Tabasco

REVISÓ

Sr. José Emilio Uscanga Navarrete  
Subdirector Operativo

AUTORIZÓ

Lic. Carlos Arturo Rosario Rocher  
Director General