



Consejo Nacional de Seguridad Social CNSS

Gerencia General

NORMA OPERATIVA:

PARA EL LLENADO Y USO DE LA RECETA EN LA PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS, LAS INDICACIONES DE PRUEBAS Y ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS, DE APARATOS Y PROTESIS Y DE LA ORDEN MÉDICA EN EL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Distrito Nacional
26 de julio del 2007

CAPITULO I

LLENADO Y USO DE LA RECETA PARA LA PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS, LAS INDICACIONES DE PRUEBAS Y ESTUDIOS DIAGNOSTICOS, DE APARATOS Y PROTESIS Y DE LA ORDEN MÉDICA EN EL SISTEMA DOMINICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

SECCIÓN I: DISPOSICIONES GENERALES

1. El propósito del presente documento es normar la prescripción y dispensación de los medicamentos en la prestación farmacéutica ambulatoria, las indicaciones de pruebas y estudios diagnósticos, de aparatos y prótesis y de la orden médica, asimismo facilitar la aplicación de los procedimientos administrativos correspondientes en el SDSS.
2. La receta y el formulario para las indicaciones de pruebas y estudios diagnósticos, de aparatos y prótesis abarcan:
 - a. Los tratamientos establecidos en el ámbito ambulatorio
 - b. Los tratamientos establecidos en los centros de salud destinados a pacientes egresados de las áreas de internamiento.
3. Los formularios de la receta, de las indicaciones de pruebas, estudios diagnósticos, de aparatos y prótesis, son de carácter obligatorio y se expedirán en talonarios de 50 originales, tamaño 8 ½ x 7, cada una con dos copias, en papel de seguridad, químico (autocopiable). Las copias asignadas serán distribuidas de la manera siguiente:
 - a. Original para la ARS, o ARL, según sea el caso
 - b. Primera copia, de color azul, para el paciente
 - c. Segunda copia de color verde para el establecimiento que dispensa la receta.
4. La orden médica que abarca los tratamientos prescritos en las áreas de internamiento, tamaño 8 ½ x 11, cada una con una copia, en papel químico (autocopiable). Las copias asignadas serán distribuidas de la manera siguiente:
 - a. Original para el expediente del paciente
 - b. Copia para la dispensación en el servicio de farmacia y además, para los procedimientos administrativos correspondientes
5. El llenado de todos los formularios se realiza con bolígrafo, con letra legible, sin borrones ni tachaduras, completando todos los datos solicitados ya sea por el prescriptor, el farmacéutico, el responsable del servicio o despacho y el paciente, según corresponda, en los espacios reservados para esos fines.

CAPITULO II

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA RECETA AMBULATORIA

SECCIÓN I: ASPECTOS GENERALES

1. Este instructivo tiene como propósito facilitar e instruir a los prescriptores y dispensadores de la receta, en el llenado correcto del formato de receta médica en el SDSS
2. Todas las recetas para la prestación farmacéutica ambulatoria deben ser llenadas con bolígrafo, con letra legible, sin borrones ni tachaduras, completando todos los datos solicitados, para evitar errores en la dispensación y facilitar al usuario cumplir el tratamiento.
3. Solo se podrá indicar hasta 3 medicamentos por receta.
4. Cuando se trate de pacientes que requieran tratamiento para una o más patologías, cuyo número supere el máximo de tres medicamentos por receta, se utilizará el número de recetas que sean necesarias para completar la prescripción de los tratamientos correspondientes.
5. La cantidad de dosis prescritas en cada receta no debe superar el tratamiento de un mes.
6. Todas las recetas de medicamentos controlados (narcóticos, psicotrópicos) deberán ser acompañadas del formulario de receta ambulatoria del SDSS debidamente completado, registrando siempre el número del Certificado de Inscripción de Drogas Controladas (CIDC) asignado por la Dirección Nacional de Control de Drogas para cumplir con las disposiciones de la Ley 50-88.
7. El prescriptor y el farmacéutico podrán utilizar el dorso de la copia destinada al beneficiario (de color azul) a los fines de consignar recomendaciones generales para el cumplimiento del tratamiento.
8. En los casos en que solo se indique uno o dos medicamentos en un formulario de receta, el médico prescriptor deberá cancelar la(s) línea(s) en blanco a fin de evitar alteración posterior o la inclusión de un medicamento por una tercera persona.

SECCION II: CONTENIDO DEL FORMULARIO DE RECETA

1. DATOS PRE-IMPESOS

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

2. DATOS A SER COMPLETADOS POR EL MÉDICO U ODONTÓLOGO QUE PRESCRIBE

a. Información General

1. **Fecha de prescripción:** Fecha en la que el médico u odontólogo realizó la prescripción

2. **Nombre de la ARS/ARL:** Es el nombre de la Administradora de Riesgos de Salud y de la Administradora Riesgos Laborales a la que esta afiliado el beneficiario.
3. **Sello de la ARS/ARL:** Espacio habilitado para que la ARS/ARL coloque su sello de identificación, si así lo considera.
4. **Nombre del establecimiento de salud:** Es el nombre del establecimiento.
5. **Código del establecimiento de salud:** Es el número de código establecido por la SESPAS a través de la Dirección de habilitación para la operación de este establecimiento.

b. Datos del paciente

1. **Nombres:** Se registra el ó los nombres del paciente
2. **Apellidos:** Se registra el ó los apellidos del paciente
3. **NSS:** Se registra el número de seguridad social del paciente
4. **Nº de la ficha familiar:** Se registra el número de la ficha familiar , si aplica
5. **Edad:** Se registra la edad del paciente
6. **Sexo:** Se registra el sexo del paciente

c. Indicaciones para el beneficiario sobre el tratamiento

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

d. Datos del médico

1. **Número de colegiación:** Es el número de inscripción (de carnet) asignado por el Colegio Médico Dominicano que lo identifica como miembro de esa institución.
2. **Código ARS/ARL:** Corresponde al número de código que le asigna la ARS/ARL al prescriptor
3. **Nº CIDC:** Espacio habilitado para registrar el número de Certificado de Inscripción de Drogas Controladas –CIDC-, asignado por la Dirección Nacional de Control de Drogas al médico mediante el cual le autoriza la prescripción de productos bajo control por esa dirección, en los casos que aplique.
4. **Nombre del médico:** Espacio habilitado para registrar el nombre completo del médico.
5. **Firma:** Se coloca la firma del médico u Odontólogo que prescribe

3. DATOS A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

1. **Nombre:** Se registra el nombre de la farmacia legalmente autorizada por la SESPAS.
2. **Nº de registro:** Se registra el número de apertura del establecimiento otorgado por la entidad correspondiente
3. **Nombre del farmacéutico:** Se registra el nombre completo del farmacéutico
4. **Exequátur:** Es el número autorizado para el ejercicio profesional mediante el decreto correspondiente por el poder ejecutivo
5. **Fecha de la entrega:** Se registra la fecha en que se dispensan los medicamentos prescritos (día, mes, año)
6. **Numero de autorización:** Es el número indicado por la ARS/ARL mediante el cual se autoriza el despacho de los medicamentos por parte del establecimiento farmacéutico.
7. **Firma del farmacéutico:** Es la firma del profesional farmacéutico.

4. DATOS A COMPLETAR POR EL PACIENTE

1. **Firma del paciente:** Es la firma del beneficiario de la receta al momento de retirar la totalidad de los medicamentos prescritos. En los casos en por su edad o condición de salud, el beneficiario este imposibilitado de retirar los medicamentos, aparatos y prótesis, la persona que retira los medicamentos presentará su cédula de identidad y registrara su nombre en el formulario de receta en el espacio destinado para la firma del paciente, al momento de recibir el total de los medicamentos.
2. **Cédula:** Se registra el número completo de la cédula del beneficiario al momento de estampar su firma, o en los casos que aplique, el numero de cedula de la persona autorizada a retirar las prestaciones.

SECCIÓN III: DISPENSACIÓN DE TRATAMIENTOS DE LARGA DURACIÓN Y DE ALTO COSTO

Artículo 1: La ARS/ARL autorizará al medico primario, para los meses subsiguientes, la prescripción de los medicamentos en los tratamientos de larga duración de acuerdo a las indicaciones contenidas en el reporte de contrarreferencia.

Artículo 2: La prescripción y dispensación de los medicamentos de alto costo se realizara en el marco de las disposiciones de la presente norma, y su expendio requerirá de la debida autorización por parte de la ARS/ARL correspondiente.

SECCIÓN IV: CAUSAS DE DEVOLUCIÓN DE LAS RECETAS

No podrán ser dispensadas con cargo al sistema, aquellas recetas en las que se produzca alguna de las siguientes circunstancias:

- a. Ausencia de cualquiera de los datos requeridos de los consignados en el formulario, según el caso.

- b. Que no coincida la información del beneficiario con las contenidas en su carnet de afiliado
- c. Que contengan enmiendas, añadidos o borrones que afecten la identificación del producto prescrito y la identificación del asegurado.
- d. Con escritura que dificulte la correcta lectura de la información
- e. Recetas en las que se verifique falsedad o sospecha sobre la información registrada.
- f. Cuando se prescriban especialidades farmacéuticas que no estén incluidas en la lista de medicamentos del PDSS.
- g. Recetas reportadas posterior a los plazos establecidos (10 días hábiles) a partir de la fecha de prescripción.

**CAPITULO III:
INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE
INDICACIONES DE PRUEBAS Y ESTUDIOS DIAGNOSTICOS, DE
APARATOS Y PROTESIS**

SECCION I: DISPOSICIONES GENERALES

- 1. Este instructivo tiene como propósito facilitar e instruir a los prescriptores, dispensadores y los que ofrecen el servicio de pruebas y estudios diagnósticos en el llenado correcto del formulario en el SDSS
- 2. Todos los formularios deben ser llenados con bolígrafo, con letra legible, sin borrones ni tachaduras completando todos los datos solicitados.
- 3. Tanto los datos correspondientes al paciente, ARS/ARL, sello ARS/ARL, fecha de prescripción y datos del médico, firma del beneficiario y cedula serán consignados de la misma forma que se completa en la receta.
- 4. En los datos correspondientes al establecimiento que realiza el estudio o de expendio de un aparato o prótesis, primero se señalar la casilla que identifica el tipo de establecimiento que corresponda y luego se procederá al llenado del mismo.
- 5. La prescripción y dispensación de los aparatos y prótesis se realizara en el marco de las disposiciones de la presente norma, y su expendio requerirá de la debida autorización por parte de la ARS/ARL según corresponda.

SECCION II: CONTENIDO DEL FORMULARIO DE INDICACIONES DE PRUEBAS Y ESTUDIOS DIAGNOSTICOS DE APARATOS Y PROTESIS

1. DATOS PRE-IMPESOS

- a. Validez de la indicación
- b. Descripción de los datos a completar
- c. Numeración del formulario
- d. La indicación de los destinatarios finales del original y las dos copias

2.- DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO U ODONTÓLOGO QUE PRESCRIBE

a) Información General

1. **Fecha de prescripción:** Es la fecha en que el médico u odontólogo realizó la indicación
2. **Nombre de la ARS/ARL:** Es el nombre de la Administradora de Riesgos de Salud y de la Administradora Riesgos Laborales a la que esta afiliado el beneficiario.
3. **Sello de la ARS/ARL:** Espacio habilitado para que la ARS/ARL coloque su sello de identificación, si así lo considera.
4. **Nombre del establecimiento de salud:** Es el nombre del establecimiento.
5. **Código del establecimiento de salud:** Es número de código establecido por habilitación para la operación de este establecimiento.

b) Datos del paciente

1. **Nombres:** Se registra el ó los nombres del paciente
2. **Apellidos:** Se registra el ó los apellidos del paciente
3. **NSS:** Se registra el número de seguridad social del paciente
4. **Nº de la ficha familiar:** Se registra el número de la ficha familiar , si aplica
5. **Edad:** Se registra la edad del paciente
6. **Sexo:** Se registra el sexo del paciente

c) Indicaciones para el beneficiario sobre los laboratorios o estudios diagnósticos o indicación de aparatos y prótesis.

1. **Indicaciones paciente:** Espacio habilitado para registrar el nombre de las pruebas de laboratorio, estudios diagnósticos o de aparatos y prótesis.
2. **Observaciones:** Espacio habilitado para que el prescriptor anote las orientaciones al paciente, en caso que lo amerite.

d) Datos del médico

1. **Número de colegiación:** Es el número de inscripción (de carnet) asignado por el Colegio Médico Dominicano o la Sociedad Dominicana de Odontología que lo identifica como miembro de esa institución.
2. **Código ARS/ARL :** Corresponde al número que le asigna la ARS/ARL al prescriptor
3. **Nombre del médico:** Espacio habilitado para registrar el nombre completo del médico
4. **Firma:** Se coloca la firma del médico u Odontólogo que prescribe

3. DATOS A COMPLETAR POR EL ESTABLECIMIENTO

1. Se marca el cuadro que identifique el tipo de establecimiento
2. **Nombre:** Se coloca el nombre del establecimiento donde se preste el servicio.
3. **Nº de habilitación:** Se registra el número de habilitación del establecimiento otorgado por la entidad correspondiente
4. **Nombre y firma del responsable:** Se registra el nombre completo de la persona que dio el servicio.

4. DATOS A COMPLETAR POR EL PACIENTE

1. **Firma del paciente:** Es la firma del beneficiario al momento recibir el servicio.
2. **Cédula:** Se registra el número completo de la cédula del beneficiario al momento de estampar su firma. Cuando el beneficiario por su edad, o condición de salud no se presenta a retirar las prestaciones, la madre, o el padre o el tutor deberán firmar y consignar su número de cédula.

CAPITULO IV

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE ORDEN MÉDICA.

SECCION I: DISPOSICIONES GENERALES

1. El propósito del presente documento es facilitar e instruir a los médicos en el llenado correcto del formulario de orden medica en la etapa de hospitalización.
2. Todas las ordenes medicas deben ser llenadas con bolígrafo, con letra legible, sin borrones ni tachaduras y completando todos los datos solicitados.
3. La orden medica es un documento que autoriza la administración de un medicamento en particular, a un paciente hospitalizado, y que esta firmada por un profesional con autorización para prescribir.

SECCION II. CONTENIDO Y LLENADO DE LA ORDEN MÉDICA

1.- DATOS PRE-IMPRESOS

- a. Descripción de los datos a completar
- b. La indicación del destino de la copia

2.- DATOS A COMPLETAR POR EL MEDICO:

1. **Nombres:** Se registra el ó los nombres y Apellidos del beneficiario
2. **Edad:** Se registra la edad del paciente
3. **No. De cama:** Se registra el número de cama ocupada por el paciente.
4. **Sexo:** Se registra el sexo del paciente

5. **Sala:** Se registra el Numero de sala o habitación donde esta ingresado el paciente.
6. **No. De Expediente:** Se registra el Número de expediente ó historia clínica del paciente
7. **NSS:** Se registra el número de seguridad social del paciente
8. **Alergias:** Se registra si el beneficiario es alérgico a alguna sustancia.
9. **Diagnóstico:** Se registra el diagnóstico inicial con el que ingresa el paciente.
10. **Servicio:** Área de servicio hospitalario en que esta hospitalizado el paciente.
11. **Médico Responsable:** Es el medico que le dio ingreso al beneficiario al momento de la hospitalización.
12. **Nº CIDC :** Espacio habilitado para registrar el número de Certificado de Inscripción de Drogas Controladas asignado por la Dirección Nacional de Control de Drogas al médico mediante el cual le autoriza la prescripción de productos bajo control por esa dirección, en los casos que aplique
13. **Nombre de la ARS/ARL:** Es el nombre de la Administradora de Riesgos de Salud y de la Administradora Riesgos Laborales a la que esta afiliado el beneficiario.
14. **Nombre de los medicamentos:** Espacio habilitado para registrar el nombre, la dosis, la frecuencia, la vía de administración de cada medicamento y la duración del tratamiento.
15. **Laboratorio:** Espacio para indicar las pruebas de laboratorios para el seguimiento y/o apoyo diagnostico
16. **Procedimientos:** Espacio para indicar los procedimientos o estudio para el seguimiento y/o apoyo diagnostico
17. **Otras Órdenes Terapéuticas:** Espacio Habilitado para completar indicación sobre Dieta, Oxígeno, Actividad Física/postura, Fisioterapia Respiratoria, Controles Habituales, Antibiograma, curas y otros.

2.- DATOS DEL MEDICO

- a.- **Fecha y Hora:** corresponde a la fecha y la hora en que se realizó la visita al paciente.
- b.- **Nombre y firma del medico:** Corresponde a la firma del médico responsable del área.
- c.- **Número de colegiación:** Es el número de inscripción (de carnet) asignado por el colegio Médico Dominicano que lo identifica como miembro de esa institución.

CAPITULO V DE LAS RESPONSABILIDADES

SECCION I: RESPONSABILIDADES DEL PROVEEDOR DEL SERVICIO

Al momento de que el beneficiario presente alguno de los formularios señalados para solicitar la atención correspondiente, la persona responsable de dicho servicio tiene la obligación de:

- a. Verificar la condición de derecho del paciente

- b. Verificar que los datos del beneficiario registrados en el formulario estén completos y legibles y corresponden a los del carnet de afiliado
- c. Comprobar que las o las pruebas y estudios diagnósticos, o los aparatos y prótesis prescritas, están incluidas en la lista de servicios del PDSS.

SECCION II: RESPONSABILIDADES DEL MEDICO

- d. Prescribir tratamientos completos en cada receta, siguiendo los protocolos de tratamiento establecidos en cada caso.
- e. Verificar, firmar y completar claramente todos los datos y advertencias que deben contener las recetas y entregar tanto el original como las dos copias al paciente. .
- f. Prescribir libremente los medicamentos autorizados o no en el PDSS, siguiendo el mandato de leyes y reglamentos correspondientes, advirtiendo claramente al afiliado que el SDSS solo cubrirá aquellos que estén dentro del Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales del PDSS.

SECCION III: RESPONSABILIDAD DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO AL MOMENTO DE LA DISPENSACIÓN: Para la dispensación de los medicamentos se deberá seguir el procedimiento siguiente:

- a. Verificar la condición de derecho del beneficiario a recibir los medicamentos prescritos.
- b. Verificar que los datos del beneficiario corresponden a los del carnet de afiliado
- c. Comprobar que las especialidades farmacéuticas están incluidas en la lista de medicamentos del PDSS.
- d. Confirmar que todos los datos estén completos y legibles
- e. Comprobar que la receta cumple todos los requisitos que acreditan su validez.
- f. Confirmar autorización de la ARS/ARL cuando se trate de especialidades farmacéuticas para tratamiento de enfermedades de alto costo.
- g. Comprobar que las recetas en las que se prescriben medicamentos controlados (narcóticos, psicotrópicos), el prescriptor ha registrado el numero del Certificado de Inscripción de Drogas Controladas (CIDC) asignado por la Dirección Nacional de Control de Drogas y que esta acompañada del formulario requerido para la prescripción y dispensación de estos medicamentos, de acuerdo a la Ley 50-88.
- h. Consultar la información de los registros de médicos autorizados, ARS/ARL y/o afiliados cuando surjan dudas razonables sobre la receta presentada o del beneficiario que la solicita, a fin de despejar las dudas y comprobar que corresponde a una prescripción legítima.
- i. Observar si el medico prescriptor recomienda algunas instrucciones especiales para el beneficiario y reforzarlas al momento de la dispensación.
- j. Orientar al beneficiario sobre las condiciones especiales requeridas por el medicamento para su utilización y conservación.

- k. Entregar la medicación dispensada al beneficiario y si procede especificar en forma escrita (al dorso de la copia de color azul), la información pertinente.
- l. Confirmar la comprensión del beneficiario sobre la utilización de los medicamentos prescritos.
- m. Asegurar que el beneficiario firme la receta al recibir los medicamentos dispensados
- n. Conservar la receta en original y segunda copia para fines de los trámites administrativos correspondientes.
- o. Dispensar con carácter obligatorio los medicamentos prescritos.

SECCION IV: RESPONSABILIDADES DEL BENEFICIARIO

- a. Presentar su carnet de identificación como afiliado al SDSS al momento de solicitar los servicios.
- b. Verificar que los medicamentos entregados se corresponden con lo prescrito en la receta y consignados a recibir (nombre y cantidad).
- c. Firmar los formularios al momento de recibir los servicios.
- d. Cuando por su edad o estado de salud, el beneficiario este imposibilitado de retirar los medicamentos, aparatos y prótesis, pueden ser retirados por un tercero, quien presentará su cédula de identidad y lo registrará en los formularios correspondientes, consignando su nombre y numero de cedula al momento de recibir las prestaciones.