

## INSTRUCTIVO PARA ACCEDER A “RECETA DIGITAL U.T.A.”



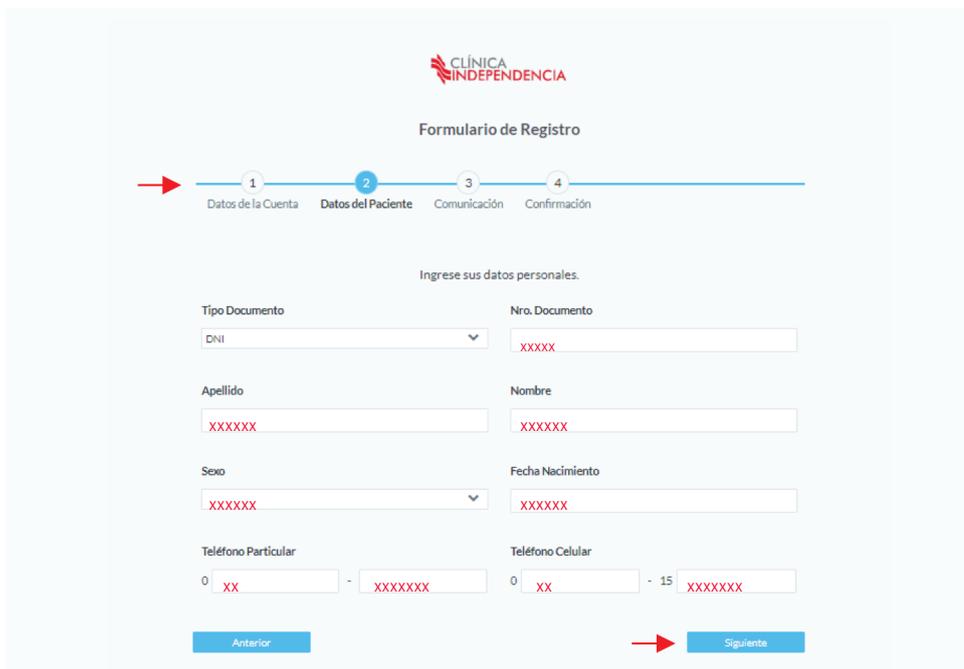
**1** Si el el paciente **“YA SE REGISTRÓ”** anteriormente podrá entrar completando correo y contraseña y haciendo click en el botón verde **“INGRESAR”**.



**2** Si el paciente **“ESTÁ ENTRANDO POR PRIMERA VEZ”** deberá hacer click en el botón celeste **“REGISTRARSE”**.



**3** Si hizo click en el botón celeste lo llevará al siguiente formulario, que **deberá completar con todos los datos que se le solicitan para validar la registración.**



**4** Una vez **“REGISTRADO”**, le **llegará un email a su correo** (completado en el formulario) **para validar** la registración.

**5** **Controle su casilla de correos** y entre al **email recibido como “Registro Paciente”**



**6** Una vez **dentro del mail** deberá **“HACER CLICK”** EN la palabra azul **“VALIDAR”**

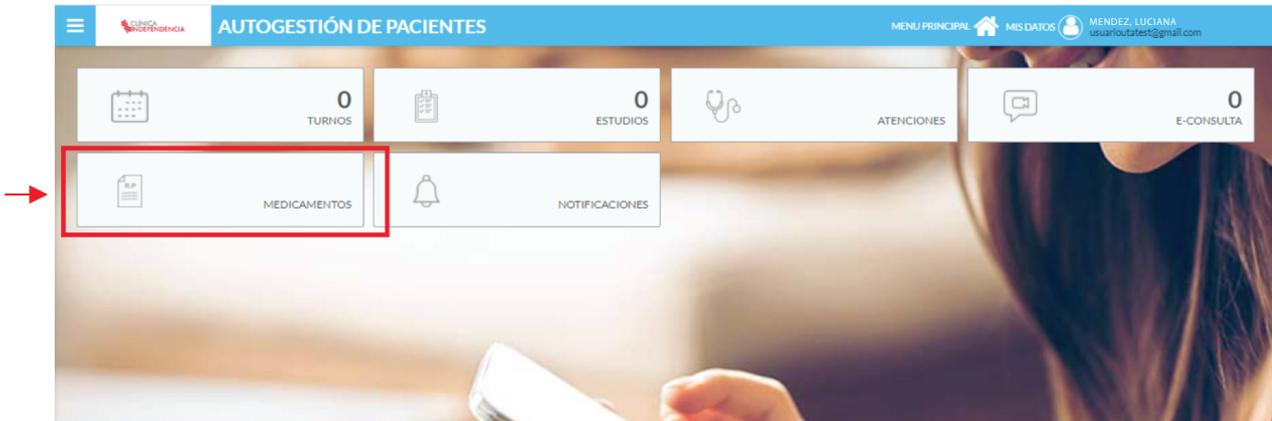


**7** Una vez que hace click, el portal lo lleva nuevamente a la página de inicio para que ingrese nuevamente. De esa manera, **ya validada la cuenta de email**, Usted ya **está en condiciones de entrar al “portal”**. **Complete su “email” y “contraseña”** registrados.

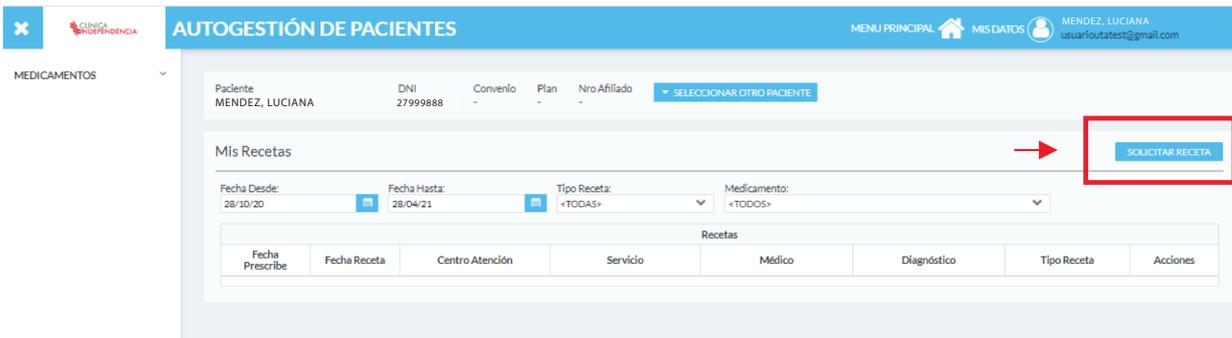


Si por alguna razón, el afiliado no sigue los pasos antes indicados, no podrá acceder.

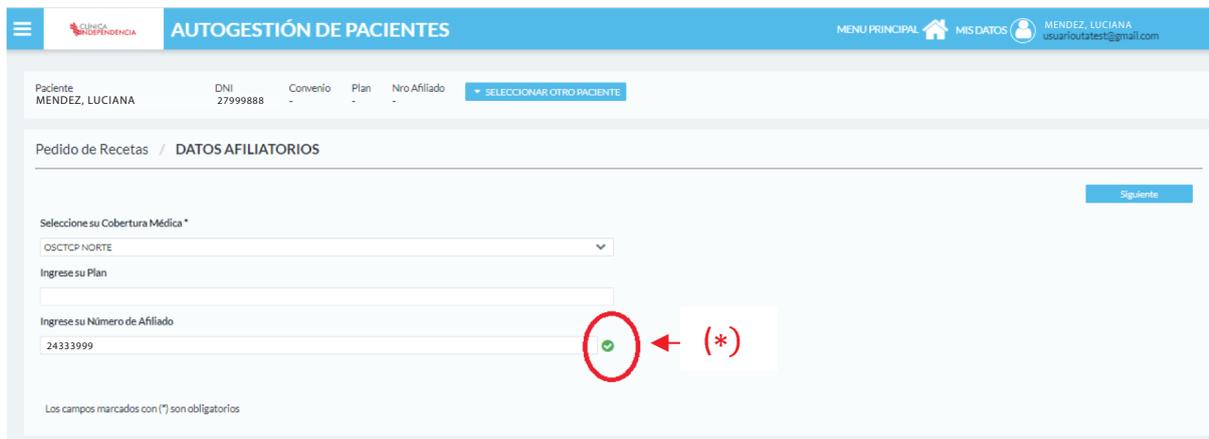
**8** Una vez en el portal, el paciente debe acceder al botón “MEDICAMENTOS”



**9** Una vez allí en el apartado “MEDICAMENTOS”, debe hacer click en “SOLICITAR RECETA”



**10** Al colocar sus datos de filiación, la página validará si la credencial está vigente



**(\*) IMPORTANTE: Si validó OK con el tilde verde correctamente debe seguir con el paso 12**

**PERO si la validación falló debe seguir con el paso siguiente 11**

**11 Si falla la validación:** deberá seguir el instructivo que se indica en la imagen siguiente.

11.1

Pedido de Recetas / DATOS AFILIATORIOS

**EJEMPLO**

Seleccione su Cobertura Médica \*

OSCTCP NORTE **INDIQUE COBERTURA**

Ingrese su Plan

Ingrese su Número de Afiliado

24333999 **SI AL INDICAR SU NUMERO DE AFILIADO, ESTE SIMBOLO APARECE EN ROJO, BORRE EL NUMERO DE AFILIADO Y HAGA CLICK EN ESTE SIMBOLO NUEVAMENTE**

Los campos marcados con (\*) son obligatorios

Siguiente

11.2

Pedido de Recetas / DATOS AFILIATORIOS

**Atención Debe ingresar el número de afiliado para validar elegibilidad.**

Seleccione su Cobertura Médica \*

OSCTCP NORTE

Ingrese su Plan

Ingrese su Número de Afiliado

**AL BORRAR LOS DATOS Y HACER CLIK EN EL SIMBOLO ROJO, EL SISTEMA DE VALIDACIÓN LE PEDIRÁ QUE INGRESE NUEVAMENTE EL NUMERO CON ESTE MENSAJE.**

Siguiente

11.3

Pedido de Recetas / DATOS AFILIATORIOS

Seleccione su Cobertura Médica \*

OSCTCP NORTE

Ingrese su Plan

Ingrese su Número de Afiliado

24333999 **AL COLOCAR NUEVAMENTE EL NUMERO DE AFILIADO Y HACER CLICK EN ESTE SIMBOLO, EL PADRÓN VALIDARÁ LOS DATOS**

Los campos marcados con (\*) son obligatorios

Siguiente

**12** En el siguiente paso, debe **completar los siguientes items.**

**AUTOGESTIÓN DE PACIENTES**

MENU PRINCIPAL MIS DATOS

Paciente	DNI	Convenio	Plan	Nro Afiliado	
MENDEZ, LUCIANA	27999888	OSCTCP NORTE	-	24333999	SELECCIONAR OTRO PACIENTE

Pedido de Recetas / ¿QUÉ MEDICO LE RECETÓ ANTERIORMENTE?

Anterior Siguiente

Seleccione el Centro de Atención \*

Seleccione la Especialidad

Seleccione el Médico que recetó

Los campos marcados con (\*) son obligatorios

**13** Solicitud de medicación.

Indíquelo **tipeando en “Buscar:” el nombre** y automáticamente le aparecerán las presentaciones disponibles para dicho medicamento.  
**(El médico de todas maneras indicará el GENÉRICO y no la marca comercial, EJEMPLO: ACEMUK)**

Buscar Medicamento

Buscar:

acemuk

Valor ↕

- ACEMUK 600 MG TAB.EFER.X 12 INVESTI
- ACEMUK 200 MG TAB.EFER.X 10 INVESTI
- ACEMUK 600 MG TAB.EFER.X 90 INVESTI
- ACEMUK 600 MG TAB.EFER.X 60 INVESTI
- ACEMUK 600 MG TAB.EFER.X 5 INVESTI

**14** Elegidos los medicamentos, deberá **hacer click en CONFIRMAR**

AUTOGESTIÓN DE PACIENTES

MENÚ PRINCIPAL MIS DATOS MENDEZ, LUCIANA usuariooutatst@gmail.com

Paciente: MENDEZ, LUCIANA DNI: 27999888 Convenio: OSCTCP NORTE Plan: - Nro Afiliado: 24333999

Pedido de Recetas / OTROS MEDICAMENTOS

Anterior

Otros medicamentos requeridos

(Ingrese el nombre del medicamento y la cantidad de envases que desee. Puede agregar observaciones.)

ACEMUK 600 MG TAB.EFER.X 60 INVESTI

CONFIRMAR

**15** El sistema **le mostrará el siguiente mensaje.**

Paciente: MENDEZ, LUCIANA DNI: 24.000.000 Convenio: OSCTCP NORTE Plan: - Nro Afiliado: 240000

Pedido de Recetas / RESUMEN DEL PEDIDO GENERADO

Medicamentos requeridos

ACEMUK 600 MG TAB.EFER.X 60 INVESTI

Información

Podrá consultar el estado de su pedido desde el portal.

Recibirá un mail informando cuándo y donde podrá retirar la receta en caso de haber sido aprobado su pedido.

Aceptar

**16** En su correo recibirá la receta si es que la misma fue autorizada por la Obra Social.