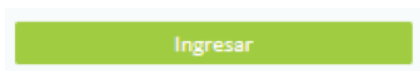


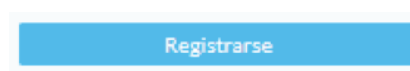
INSTRUCTIVO PARA ACCEDER A “RECETA DIGITAL U.T.A.”



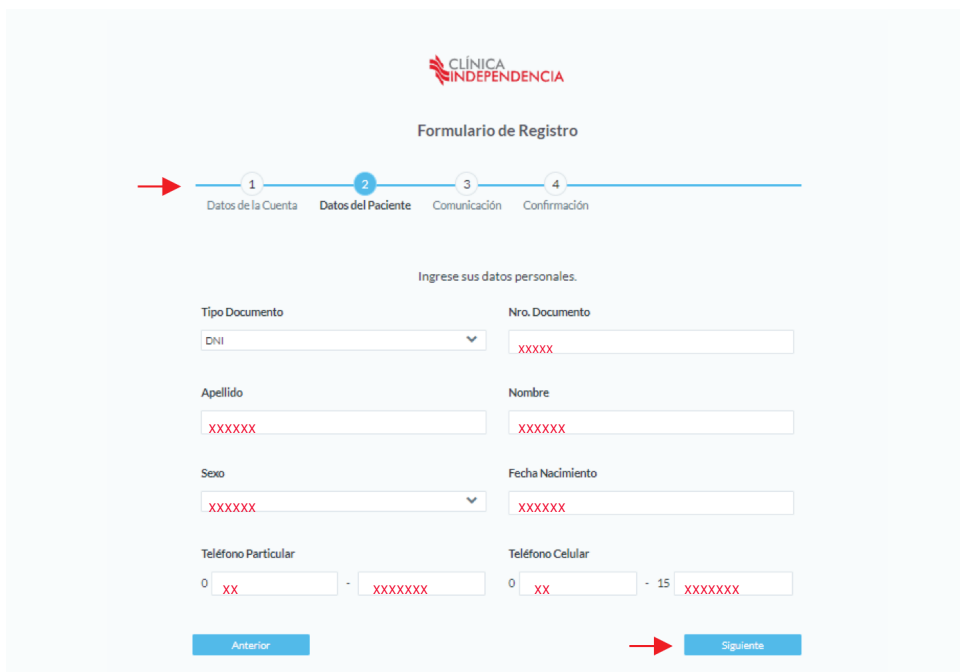
1 Si el el paciente **“YA SE REGISTRÓ”** anteriormente podrá entrar completando correo y contraseña y haciendo click en el botón verde **“INGRESAR”**.



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.

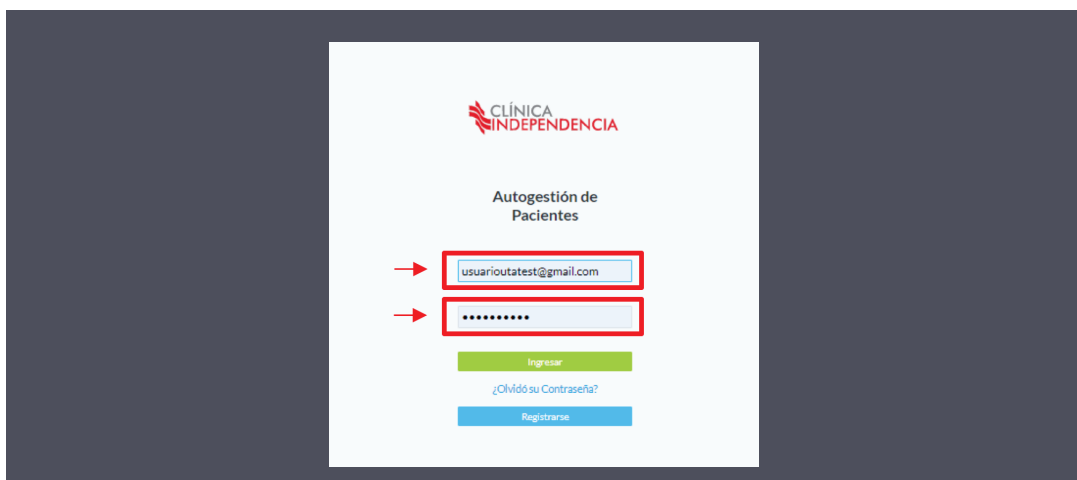
5 **Controle su casilla de correos** y entre al **email recibido como “Registro Paciente”**



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

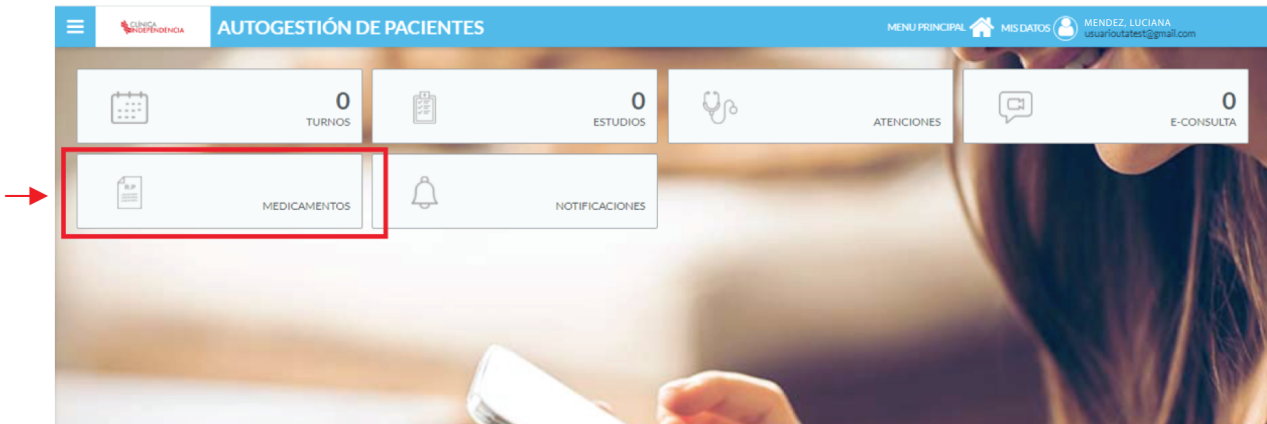


7 Una vez que hace click, el portal lo lleva nuevamente a la página de inicio para que ingrese nuevamente. De esa manera, **ya validada la cuenta de email**, Usted ya **está en condiciones de entrar al “portal”**. **Complete su “email” y “contraseña”** registrados.



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

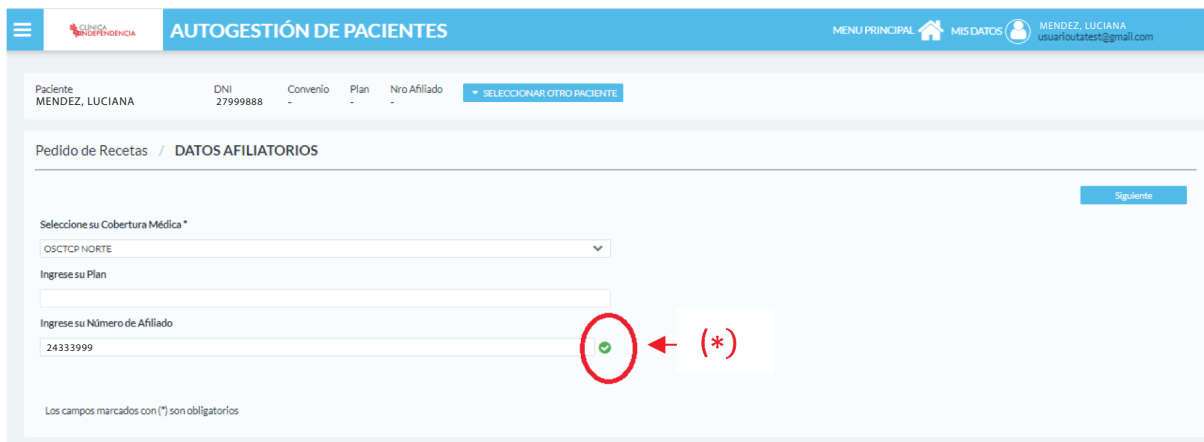
8 Una vez **en el portal**, el paciente **debe acceder al botón “MEDICAMENTOS”**



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

Siguinte

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 INGRÉSE NUEVAMENTE EL NUMERO CON ESTE MENSAJE.

Siguinte

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

Siguinte

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

AUTOGESTIÓN DE PACIENTES

MENU PRINCIPAL MIS DATOS

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

Pedido de Recetas / ¿QUÉ MEDICO LE RECETÓ ANTERIORMENTE?

Anterior Siguinte

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.