



Documentación de Recetas, Controlados, Auditorías y Adherencias

Convención de Farmacéuticos 2026

Dr. Jorge L. Allende Maldonado, PharmD,
RPh, HIVPCPC, HIVPCN, AAHIVP

Disclosure to Learners

- Dr. Jorge L. Allende Maldonado, PharmD, RPh HIVPCPC, HIVPCN, AAHIVP , faculty for this CE activity, has no relevant financial relationship(s) with ineligible companies to disclose.
- This presentation is a personal account of my experience working as a pharmacist in the town of Vieques.
- All brand names of medication is for learning purposes and illustrative examples.



“The Colegio de Farmacéuticos de Puerto Rico is
accredited by the
Accreditation Council for Pharmacy Education as
a provider of continuing pharmacy education.”

Provider Number: 0151

Agenda



01

Bienvenida

02

Dr. Jorge L. Allende Maldonado

03

Guía para la Revisión, Documentación y Procesamiento de Recetas

04

Manejo de Visitas e Inspecciones

05

PDMP, Auditorías y Controlados.

06

Otros Asuntos

Objetivos

- Identificar los requisitos y la documentación necesaria para el proceso de dispensación de medicamentos, incluyendo las sustancias controladas.
- Explicar cómo preparar y manejar visitas y auditorías en la farmacia realizadas por agencias gubernamentales, pagadores terceros y otras entidades regulatorias.
- Discutir los beneficios e implementación del Programa de Monitoreo de Medicamentos Recetados (PDMP) en Puerto Rico, así como los programas de adherencia y las iniciativas de las Estrellas de Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS).
- Reconocer los asuntos relevantes en la gestión del área de dispensación de la Farmacia y servicio al paciente.



Revisión, Documentación y Procesamiento de Recetas

LEY DE FARMACIA DE PUERTO RICO Ley Núm. 247 de 3 de septiembre de 2004,

CAPITULO V: MANUFACTURA, DISTRIBUCION, Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS

- **Artículo 5.02 - Dispensación de medicamentos de receta.**

(c) La receta original será la orden escrita, expedida y firmada a mano o la receta generada y transmitida electrónicamente por el prescribiente, e incluirá la siguiente información, además de cualquiera requerida por otras disposiciones de esta Ley y de otras leyes y reglamentos aplicables:

1. Fecha en que se expide.
2. Nombre completo y dirección del paciente.
3. Edad del paciente.
4. Nombre completo, dirección, número de teléfono, número de licencia y firma del profesional que prescribe; disponiéndose que la firma electrónica del prescribiente se entenderá autenticada cuando la receta sea generada y transmitida electrónicamente, según dispuesto en esta Ley.
5. Nombre del medicamento prescrito con su forma, dosificación, potencia y cantidad.
6. Indicaciones de uso para el paciente.

Potestad del farmacéutico en documentación

- El farmacéutico podrá completar cualquier información que falte en la receta, anotándola al dorso de la receta, cuando se trate de una orden firmada a mano, o grabándola en el sistema que recibe y almacena recetas transmitidas electrónicamente cuando la receta ha sido generada y transmitida electrónicamente, luego de verificarla con el prescribiente o paciente, según corresponda. El sistema electrónico que recibe y almacena las recetas debe tener la capacidad de preservar, imprimir y proveer al requerírsele, toda información según contemplado en ley.

Reglamento 156

Artículo 8.03 Información Requerida en la Receta

(a) El prescribiente deberá expedir la receta escrita de forma legible, en letra de molde, o preferiblemente, generada por computadora y sin abreviaturas. También podrá expedir una receta generada y transmitida electrónicamente, según lo dispuesto en la Ley de Farmacia, la cual gozará de igual validez que la receta firmada de puño y letra del prescribiente. La receta incluirá la siguiente información:

- 1.Fecha en que se expide.
- 2.Nombre, apellidos, dirección completa y edad del paciente.
- 3.Nombre y apellido del profesional que prescribe, su dirección física, número de teléfono, número de licencia para practicar la profesión, y en recetas de sustancias controladas, los números de registro federal y estatal para prescribir sustancias controladas.
- 4.Nombre del medicamento prescrito con su forma de dosificación, potencia o concentración y cantidad; o ingredientes a utilizar e instrucciones a seguir para la composición del medicamento recetado.
- 5.Instrucciones específicas de uso para el paciente; **(no se utilizarán instrucciones generales tales como "Uso Indicado", o "Uso Cuando Sea Necesario")**.
- 6.Indicación para la cual se prescribe el medicamento.
- 7.Número de repeticiones autorizadas, si alguna.

Reglamento 156

Artículo 8.03 Información Requerida en la Receta

8- La frase "**NO INTERCAMBIE**", u otra frase o abreviatura que razonablemente comuniquen la misma intención, para cada medicamento para el cual no autoriza el intercambio del medicamento recetado por un medicamento bioequivalente.

9-Instrucciones al farmacéutico para que el medicamento no se dispense con tapa de seguridad, cuando aplique.

10- Firma de puño y letra del profesional que prescribe, salvo cuando se trate de una receta generada y transmitida electrónicamente debidamente autenticada, según lo dispuesto en la Ley de Farmacia.

(b) En caso de que el prescribiente utilice un formulario de receta impreso de un grupo médico o institución, se identificará el nombre del profesional que prescribe y la información requerida en el apartado 3 del inciso (a) de este Artículo

Potestad del farmacéutico en documentación

- **c)** El farmacéutico podrá completar, luego de verificación y bajo su responsabilidad, la información del paciente que falte en la receta, incluyendo, el nombre, dirección y edad. Igualmente podrá completar o corregir, luego de verificar con el prescribiente, la fecha de la receta o cualquier información sobre el medicamento, incluyendo cantidad, potencia o concentración, dosificación e instrucciones. El farmacéutico anotará al dorso de la receta, o en el expediente farmacéutico electrónico del paciente, la corrección o información añadida, indicando fecha, hora, vía de comunicación y persona que brindó la información y escribirá sus iniciales o firma.
- En caso de recetas electrónicas, el farmacéutico deberá grabar la información añadida o corregida en el sistema que las recibe y almacena. Este sistema debe tener la capacidad de preservar, imprimir y proveer toda información requerida por la Ley de Farmacia.
- En caso de recetas de sustancias controladas, aplicará lo dispuesto en las leyes y reglamentos correspondientes a la dispensación de tales sustancias.



Requerimientos y Documentación

Recetas Físicas Regulares

☐ **FECHA: Receta debe tener la fecha**

Documentación cuando No tiene fecha:

- Documentar fecha al dorso de la receta
- Incluir la siguiente información:

Se llamó al Dr. NOMBRE DR, paciente lo visito
el día FECHA DE VISITA.

Firma del Técnico, Fecha y Hora

☐ **NOMBRE DEL PACIENTE:**

- Revisar el nombre del paciente utilizando la fecha de nacimiento de RX-30 o su sistema operativo de farmacia.
- Puede haber varios pacientes con el mismo nombre y apellido.



Requerimientos y Documentación

Recetas Físicas Regulares

❑ MEDICAMENTOS PRESCRITOS CORRECTOS.

Ejemplo de errores en la prescripción de medicamentos:

- La potencia prescrita no existe – **Losartan** de 30 mg
- No indican la potencia del medicamento – **Losartan**
- Indica una presentación incorrecta.
 - Indica que es cápsula cuando la presentación es tableta – **Losartan** 30 mg cápsula
- No coloca la presentación - Acyclovir – No indica sí es ungüento o tableta, aunque de la instrucción se entienda que es un ungüento

- No colocan si es un vial o un pen - insulín glargine sin el apellido
- No se entiende bien la letra y podría ser uno de varios medicamentos

Documentación de Medicamento prescrito incorrecto:

- Documentar al dorso de la receta
- Incluir la siguiente información:

Se llamó al Dr. NOMBRE DR, paciente lo visitó el día FECHA DE VISITA, el medicamento prescrito es MEDICAMENTO Y DOSIFICACION, FRECUENCIA (días/horas) por ____ días, total ____.

Firma del Técnico, Fecha y Hora

Nombre: [REDACTED] Edad: 48
Dirección: [REDACTED] Fecha: Dec/09/2012

R

Refill x3

- Ticlopidine 40mg (#30)
- Metoprolol 25mg (#30)
- ASA 81mg (#30)
- Pepcid 20mg (#30)
- Folic Acid 1mg (#30)

Lic
DM
BNDD
NPI

Firma

Metoprolol succinate
o
metoprolol tartrate?



Despacharías?

Nombre [Redacted] Edad 85
Dirección [Redacted] Fecha: Enero 29/26

Rx

- Amiripid 20mg (#30)
i: i P.O. qd.

- Simvastatin 50mg (#30)
i: i P.O. qd.

- ACEB 12.5mg (#30)
i: i P.O. qd.

- Simvastatin 20mg (#30)
i: i P.O. qd.

- Salbutamol 200mg (#30)
i: i P.O. qd. ehs

Lic N
DM
BNDD
NPI

Firma

29/26



Requerimientos y Documentación

Recetas Físicas Regulares

- ❑ **INDICACIONES Y LAS CANTIDADES DE SUPLIDO:** Las cantidades de suplido de CADA MEDICAMENTO tienen que estar PRESCRITAS y las indicaciones de cada medicamento tienen que estar completas (cantidad y frecuencia completa).

Documentación cuando No tiene frecuencia o cantidad del suplido o la frecuencia no esta completa:

- Documentar al dorso de la receta
- Incluir la siguiente información:

Se llamó al Dr. **NOMBRE DR**, paciente lo visitó el día **FECHA DE VISITA**. Se confirmaron las siguientes cantidades y/o instrucciones:

MEDICAMENTO Y DOSIFICACION, ____ FRECUENCIA
(días/horas) por ____ días, total ____.

Firma del Técnico, Fecha y Hora

Ejemplo:

La receta indica Meloxicam 15mg po daily #45.

Se debe documentar de forma completa que el médico indica:

Tomar una tableta diaria o una tableta dos veces al día.

SIEMPRE especificar la cantidad de tabletas que paciente se tomará diario.

Incluir en la nota TODOS los medicamentos de la receta que no tengan lo requerido.

CREMAS O UNGUENTOS:

- Documentar al dorso de la receta incluyendo cantidad a aplicar, área y frecuencia.



Requerimientos y Documentación

Recetas Físicas Regulares

- ❑ **NPI DEL DOCTOR:** Verificar que la receta tenga el NPI del prescribiente o del médico que contrafirma – Timbrado o escrito a mano.

- **Verificar que el NPI facturado es el correcto.**

Documentación cuando No tiene el NPI:

- Documentar el NPI correcto al dorso de la receta.
- Incluir firma del técnico, Fecha y Hora.
- Se valida el NPI del médico en RX30 o Online a base del número de la licencia o en NPI registry.

Se llamó al Dr. **NOMBRE DR**, Se confirmo su NPI es
Tecnico, Fecha y Hora

- ❑ **NUMERO DE LICENCIA DOCTOR:** Número de licencia estatal del médico.

- Recetas contrafirmadas, tienen que tener el número de licencia estatal del médico que contrafirma además del que prescribe.

Documentación cuando No tiene el número de licencia del prescribiente o del médico que contrafirma:

- Documentar el/los Número(s) de Licencia que falten al dorso de la receta.
- Incluir firma del técnico, Fecha y Hora.
- Se valida la licencia con el NPI del médico en RX30 o Online

Se llamó al Dr. **NOMBRE DR**, Se confirmo su NPI es
Licencia Estatal del Medico Técnico, Fecha y Hora



Requerimientos y Documentación

Recetas Físicas Regulares

- ☐ **FIRMA DEL DOCTOR:** Firma del doctor prescribiente y del que contrafirma en los casos correspondientes.
 - Si no tiene la firma del médico prescribiente no se puede procesar.

- ☐ **PONCHE DE GENERICOS Y RENUNCIA PREVIA:** Completado en su totalidad.

- ☐ **FIRMA DEL LICENCIADO:** Parte inferior derecha de la receta y en el ponche de genericos.
 - Hay que asegurarse que esta firmada **ANTES** de archivar la receta



Requerimientos y Documentación

Recetas Físicas Control II, III, IV y V

ANTES

De devolver la RECETA al paciente porque tenga algún error o le falte alguna información que deba ser corregida o incluida por el médico prescribiente, VERIFIQUE EL PMP DEL PACIENTE.

NO DEVUELVA LA RECETA PARA QUE EL PRESCRIBIENTE LA CORRIJA SI NO SE PUEDE DESPACHAR.

Si no se puede despachar por el PMP EXPLIQUELE AL PACIENTE y ENTREGUELE COPIA DE SU REPORTE.

SI ACEPTA LA RECETA VERIFIQUE EL DEA DEL PRESCRIBIENTE
EN EL ENLACE QUE CADA FARMACEUTICO TIENE.



Requerimientos y Documentación

Recetas Físicas Control II, III, IV y V

ESTAS RECETAS NO SE PUEDEN ALTERAR NI DOCUMENTAR.

TIENE QUE ESTAR EN SU FORMA ORIGINAL.

☐ **FECHA:** Receta debe tener la fecha.

☐ **NOMBRE DEL PACIENTE:** Revisar el nombre del paciente con la fecha de nacimiento de RX-30 o su sistema operativo. Pueden haber varios pacientes con el mismo nombre y apellido.

☐ **MEDICAMENTOS PRESCRITOS CORRECTOS, INCLUYENDO:**

- ☐ Dosificación
- ☐ Potencia
- ☐ Frecuencia
- ☐ Cantidad

☐ **INDICACIONES Y LAS CANTIDADES DE SUPLIDO:** Las cantidades de suministro de CADA MEDICAMENTO tienen que estar PRESCRITAS y las indicaciones de cada medicamento tienen que estar completas (cantidad y frecuencia completa).

☐ **NPI DEL DOCTOR:** Verificar que la receta tenga el NPI del prescribiente o del médico que contrafirma – Timbrado o escrito a mano.

Verificar que el NPI facturado es el correcto.



Requerimientos y Documentación

Recetas Físicas Control II, III, IV y V

- ☐ **NUMEROS DE LICENCIA DOCTOR:** Números de licencia estatal y controlados:
 - a. DEA
 - b. DM
 - c. Licencia Estatal
 - d. NPI
- ☐ **FIRMA DEL LICENCIADO:** Parte inferior derecha de la receta.
 - Hay que asegurarse que esta firmada ANTES de archivar la receta
 - **PONCHE DE CONTROLADOS:** “C” Roja
- ☐ **FIRMA DEL DOCTOR:** Firma del doctor prescribiente y del que contrafirma en los casos correspondientes.
 - Si no tiene la firma del médico prescribiente no se puede procesar.
- ☐ **PONCHE DE GENERICOS Y RENUNCIA PREVIA:** Completado en su totalidad.



Requerimientos y Documentación

Recetas Físicas Control II, III, IV y V

REQUISITOS DE LEY:

1. FECHA EN QUE SE EXPIDE

- Importante tienen que ser procesadas y despachadas en o antes de **7 días (narcóticos)** de la fecha en que se expide. No narcóticos tienen 6 meses desde que se expide.

Ejemplo: Receta del 1 de enero de 2026 se puede procesar y despachar hasta el 8 de enero de 2026.

2. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO QUE PRESCRIBE

3. DIRECCION COMPLETA DEL MEDICO incluyendo el código postal (zip code)

4. NUMERO DE TELEFONO DEL MEDICO

4. NUMERO DE LICENCIA DEL MEDICO QUE PRESCRIBE

5. DIRECCION COMPLETA DEL PACIENTE incluyendo el código postal (zip code)

- La dirección del paciente en la RECETA tiene que ser la ACTUAL – DONDE VIVE
- En sistema en record de paciente coloco la dirección física donde reside el paciente.
- Si la DIRECCION del paciente que esta en la receta ES DISTINTA a la de su identificación, hay que validar con el paciente que la direccion de la RECETA es la ACTUAL
 - Documentar la validación de la dirección:
 - Fisica: Al dorso de la receta
 - Electronica

Situaciones con recetas de controlados:

- 1- Receta Clonazepam 1mg BID PRN #60 for anxiety de Rodolfo Weasley
dirección: Calle 24 Urb. Los Rios Casa 5 Km 4.1 Vieques PR 00765 (donde vive).
Rodolfo no tiene ID. Su hermana Selena Weasley es quien trae la receta a la
Farmacia y entrega su ID. EL ID de Selena Weasley tiene dirección: Calle 28
Urb las flores casa 7 KM 5.6 Vieques PR 00765. ¿Despacharías esta receta?

Situaciones con recetas de controlados:

- 2- Receta Suboxone 8/2mg 1 ½ Films SL QD x 30 days #45 de Cinderella Black con dirección: BO Monte Santo HC02 BOX 8123 Vieques PR 00765. Dirección en ID es: BO Monte Santo HC02 BOX 8123 Vieques PR 00765. ¿Despacharías esta receta?

Situaciones con recetas de controlados:

- 3- Receta Oxycodone/APAP 5mg-325mg 1 Tab PO Q6-8H as needs for pain #30 de Blanca Nieves Lestrangle con dirección: PO BOX 1456 Vieques PR 00765. Dirección en ID es: Carr 88 calle Acasia casa 7 KM 6.1 Vieques PR 00765. ¿Despacharías esta receta?



Requerimientos y Documentación

Recetas Físicas Control II, III, IV y V

4. **PONCHE DE CONTROLADOS** en la RECETA y en la FACTURA
5. **FIRMA DEL FARMACEUTICO** con la fecha de verificación de la receta
6. **TODOS LOS NUMEROS DE LICENCIA** del médico prescribiente

Inventario controlados

PACKAGING & RPh REVIEW USBBAK OK 12/2

tramadol HCL 50 MG Orally Tablet
Disp: ***42 Tablets*** (PRIMARY TWO)
Sig: 1 tablet as needed every 8 hrs. Duration: 14 days
Diagnosis: (M51.36) Lumbar degenerative disc disease

Refills: **** (2000)

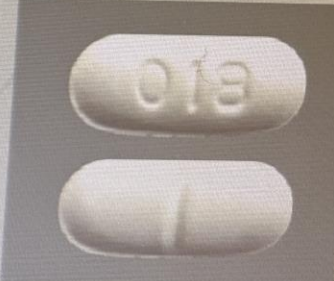
Auth No:
DRA id:
NPI # 1949512489
LIC# 16520
CPT#NABLAN v: dm-16552-2

To ensure brand name dispensing, prescriber must write "Brand name Written on F.A.N." on the prescription.

00804

Written 12/22/25 Filled 12/23/25

☒ Drug TRAMADOL HCL 50 MG TABS
DAW 0=NOT SPECIFIED
NDC 72888-080-00
Inv PRIMARY 2651



☒ Wrtn 42 Refills 0
Disp 21
☒ Days Supply 7

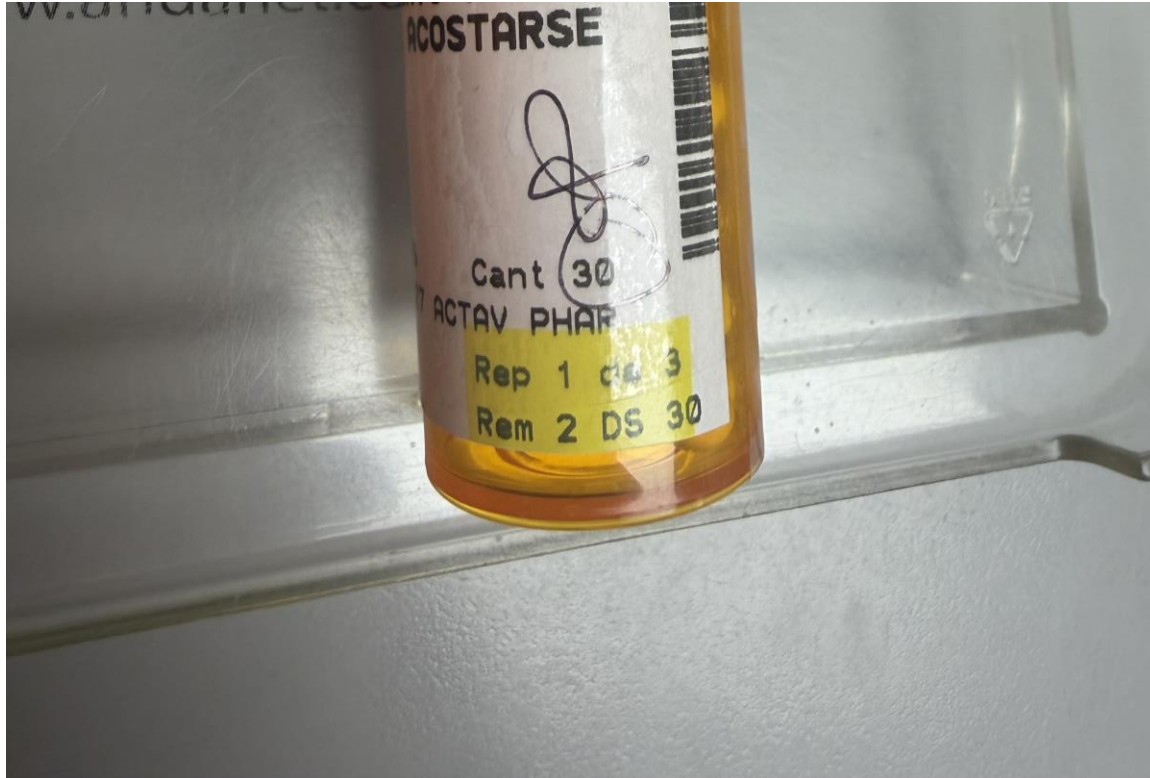
TOMAR UNA TABLETA CADA 8 HORAS
SI ES NECESARIO

ALERTS VIEWED PROFILE NOT VIEWED
USE SAFETY CAPS DRUG NOT VERIFIED
Adherence: Pt NO HISTORY Rx NO HISTORY
Delivery Will-Call
Price \$10.96 Plans \$10.96 Copay \$0.00 Cost \$0.61 (\$10.35)

F1 Return F2 Clear

F6 ALERTS F7 Detail F8 Option

hp



Re-conteo de medicamentos controlados y firma

****Dar de baja en libro (2 NDCS) y recogido de expirados controlados****

Reverse Distributors

- Compañía que recoge expirados regulares, control 3-5 y control 2.
- Para recogidos de expirados controlados 2 el farmacéutico regente debe estar presente.
- Los medicamentos expirados controlados mantenerlos en un área separada (designada para expirados de controlados) de los otros medicamentos controlados.
- El día que recojan el medicamento es cuando usted debe darle de baja en el libro de controlados y en el sistema, adjuntando la hoja de recogido de expirado. Somos custodios de ese medicamento y en conteo hasta que sale de Farmacia.
- Tiene 15 días para someter la hoja que le entregan de controlados expirados a la oficina de investigaciones por email. El email es: investigaciones@salud.pr.gov. (Mejor práctica: 5 días)

Para: [REDACTED]

Información Para ...

BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE

Read this medicine information sheet carefully each time you get this medicine filled. You must carefully read the "Consumer Information Use and Disclaimer" below in order to understand and correctly use this information.
PRONUNCIACIÓN (byoo pre NOR teen & nai OKS one) NOMBRES COMERCIALES: EE. UU. Suboxone.

¿PARA QUÉ SE UTILIZA ESTE MEDICAMENTO?

- * Se utiliza para tratar el trastorno por consumo de opiáceos. Los medicamentos opiáceos incluyen la heroína y los analgésicos recetados, como la oxidona y la morfina.
- * No se debe usar para aliviar el dolor ni cuando lo crea necesario.

¿QUÉ NECESITO DECIRLE A MI MÉDICO ANTES DE TOMAR ESTE MEDICAMENTO?

- * Si es alérgico a este medicamento, a algún componente de este medicamento, o a otros medicamentos, alimentos o sustancias. Informe a su médico acerca de esta alergia y qué síntomas ha presentado.
- * Si tiene enfermedad hepática.
- * Si no estuvo tomando algún medicamento opiáceo.
- * Si tomó ciertos medicamentos para la depresión o la enfermedad de Parkinson en los últimos 14 días. Esto incluye isocarboxazida, fenelzina, tranilcipromina, selegilina o rasagilina. Puede presentar hipertensión arterial muy alta.
- * Si toma alguno de los siguientes medicamentos: linezolid o citrato de metilfenitina.

Esta no es una lista de todos los medicamentos o trastornos que pueden interactuar con este medicamento. Informe a su médico y farmacéutico acerca de todos los medicamentos que tome (sean estos recetados o de venta libre, productos naturales, vitaminas) y los trastornos que tenga. Debe verificar que sea seguro para usted tomar este medicamento junto con todos sus otros medicamentos y trastornos. No emplee, detenga ni modifique la dosis de ningún medicamento sin consultar antes al médico.

¿QUÉ DEBO SABER O HACER MIENTRAS TOMO ESTE MEDICAMENTO?

- * Avise a todos sus proveedores de atención médica que toma este medicamento. Esto incluye a los médicos, enfermeras, farmacéuticos y dentistas.
- * Evite conducir, realizar tareas o actividades que requieran de su atención completa hasta que vea cómo lo afecta este medicamento.
- * Para reducir la probabilidad de sentirse mareado o perder la conciencia, levántese lentamente si estuvo sentado o recostado. Tenga cuidado al subir y bajar escaleras.
- * Su médico puede recetarle naloxona para ayudarlo a tratar una sobredosis de opiáceos si es necesario. La sobredosis de opiáceos puede ocurrir si empieza a tomar de nuevo medicamentos opiáceos o si toma una cantidad excesiva de este medicamento. Si tiene preguntas sobre cómo obtener o usar naloxona, hable con su médico o farmacéutico. Si cree que ha habido una sobredosis de opiáceos, busque atención médica de inmediato, incluso si se ha utilizado naloxona.
- * El uso a largo plazo de medicamentos opiáceos puede reducir los niveles de hormonas sexuales. Consulte con el médico si tiene un interés reducido en el sexo, problemas de fertilidad, ausencia de período menstrual o problemas de eyaculación.
- * Incluso una dosis de este medicamento puede resultar mortal si la toma otra persona o si se toma por accidente, especialmente en el caso de los niños. Si otra persona toma este medicamento o si se toma por accidente, busque ayuda médica de inmediato.
- * Se han observado síntomas de abstinencia de opiáceos con este medicamento. Llame al médico de inmediato si tiene más sudoración de lo normal, escalofríos, diarrea o dolor estomacal que no es normal, ansiedad, irritabilidad o bostezos.
- * Es muy poco común que se produzcan problemas hepáticos con este medicamento. En ocasiones, esto ocasionó la muerte. Llame al médico de inmediato si presenta signos de problemas hepáticos, como orina color oscuro, cansancio, disminución del apetito, malestar estomacal o dolor estomacal, heces color claro, vómitos, o piel u ojos amarillentos.
- * Este medicamento contiene un opiáceo en su composición. Se han producido efectos secundarios graves cuando se combinan medicamentos opiáceos con benzodiazepinas, alcohol, marihuana, otras formas de cannabis o drogas callejeras. Esto incluye somnolencia severa, problemas respiratorios y muerte. Los medicamentos con benzodiazepinas incluyen aquellos como alprazolam, diazepam y lorazepam. Consulte con el médico si tiene alguna pregunta.
- * No lo tome con alcohol o productos que contengan alcohol. Es posible que se presenten efectos perjudiciales y hasta mortales.
- * Se han producido problemas dentales como caries, infecciones y pérdida de dientes con productos de buprenorfina que se disuelven en la boca. Esto ha sucedido incluso en personas que aún no tenían problemas dentales. Llame a su médico y a su dentista de inmediato si tiene algún problema con los dientes o las encías.
- * Si está embarazada o planea quedar embarazada, consulte con el médico de inmediato. El uso prolongado de este medicamento durante el embarazo puede causar abstinencia en el recién nacido. La abstinencia en el recién nacido puede poner en peligro la vida si no se trata.
- * Informe a su médico si está amamantando o si planea hacerlo. Este medicamento pasa a la leche materna y podría dañar al bebé.

¿CUÁLES SON LOS EFECTOS SECUNDARIOS POR LOS QUE DEBO LLAMAR A MI MÉDICO DE INMEDIATO?

ADVERTENCIA/PRECAUCIÓN: A pesar de que es muy poco frecuente, algunas personas pueden sufrir efectos secundarios muy graves, que causen incluso la muerte, al tomar un medicamento. Si presenta alguno de los siguientes signos o síntomas que puedan estar relacionados con un efecto secundario muy grave, infórmele a su médico o busque asistencia médica de inmediato.

- * Signos de reacción alérgica tales como sarpullido, urticaria, picazón, piel enrojecida, hinchada, con ampollas o descamada, con o sin fiebre; hinchazón, opresión en el pecho o la garganta; problemas para respirar, tragar o hablar; ronquera musical; o hinchazón de la boca, el rostro, los labios, la lengua o la garganta.
- * Síntomas de hipoglucemia como vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, debilidad, sacudidas, ritmo cardíaco rápido, confusión, hambre o sudoración.
- * Cambio en la vista.
- * Nerviosismo o excitabilidad.
- * Modificación del estado.
- * Depresión u otros cambios de humor.
- * Sentirse confundido, no poder concentrarse o cambiar de comportamiento.
- * Actividad muscular adicional o movimiento lento.
- * Fartura.
- * Sensación de letargo, ebriedad o malestar.
- * Pulso que no se siente normal.
- * Respiración ruidosa.
- * Problemas respiratorios durante el sueño (apnea del sueño).
- * Este medicamento puede ocasionar problemas respiratorios graves y, en ocasiones, mortales. Llame al médico de inmediato si tiene respiración lenta o superficial, o dificultad para respirar.
- * Obtenga ayuda médica de inmediato si tiene mucho sueño, se siente muy mareado o se desmaya. Los cuidadores y otras personas deben obtener ayuda médica de inmediato si el paciente no responde o no contesta o si reacciona de forma anormal o si no despierta.
- * El uso de medicamentos opiáceos como este medicamento puede conducir a un problema de las glándulas suprarrenales poco común, pero muy grave. Llame a su médico de inmediato si se siente muy cansado o débil, si se desmaya o si tiene mareos, náuseas, mucho malestar estomacal, vómitos o disminución del apetito.
- * Este medicamento puede provocar un problema grave, y a veces mortal, llamado síndrome de serotonina si se toma con determinados medicamentos. Llame a su médico

Para: [REDACTED]

Información Para ...

CLONAZEPAM 0.5 MG TABS

Read this medicine information sheet carefully each time you get this medicine filled. You must carefully read the "Consumer Information Use and Disclaimer" below in order to understand and correctly use this information.
PRONUNCIACIÓN (kloe NA ze pam) NOMBRES COMERCIALES: EE. UU. Klonopin.

- * Este medicamento tiene benzodiazepina. El uso de medicamentos con benzodiazepina junto a medicamentos opiáceos ha producido efectos secundarios graves. Los efectos secundarios que han ocurrido incluyen respiración lenta o problemas para respirar y la muerte. Los medicamentos opiáceos incluyen la codeína, oxidona y morfina. Los medicamentos opiáceos se usan para tratar el dolor y algunos para tratar la tos. Consulte con el médico.
- * Si toma este medicamento con un medicamento opiáceo, obtenga ayuda médica de inmediato si tiene mucho sueño o mareos, si tiene respiración lenta, superficial o problemas para respirar o si se desmaya. Los cuidadores y otras personas deben obtener ayuda médica de inmediato si el paciente no responde o no contesta o si reacciona de forma anormal o si no despierta.
- * Las benzodiazepinas pueden ponerlo en riesgo de padecer un trastorno por consumo de medicamentos. El uso indebido o abuso de este medicamento puede provocar una sobredosis o la muerte, especialmente cuando se usa junto con otros medicamentos, alcohol o drogas ilegales. El trastorno por consumo de medicamentos puede ocurrir incluso si toma este medicamento como le indicó su médico. Busque ayuda médica de inmediato si tiene cambios de humor o comportamiento, pensamientos o acciones suicidas, convulsiones o problemas para respirar.
- * Se lo supervisará de forma rigurosa para asegurarse de que no use incorrectamente este medicamento ni desarrolle un trastorno por consumo de medicamentos.
- * Las benzodiazepinas pueden causar dependencia. Reducir la dosis o dejar de tomar este medicamento de repente puede causar abstinencia. Esto puede poner en riesgo la vida. El riesgo de dependencia y abstinencia aumenta cuanto más tiempo tome este medicamento y mayor sea la dosis. Consulte con el médico antes de reducir la dosis o dejar de tomar este medicamento. Deberá seguir las instrucciones del médico. Busque ayuda médica de inmediato si tiene problemas para controlar los movimientos corporales, convulsiones, comportamientos nuevos o peores o cambios de humor como depresión o pensamientos suicidas, pensamientos de dañar a alguien, alucinaciones (ver o escuchar cosas que no existen), pérdida de contacto con la realidad, moverse o hablar mucho, o cualquier otro efecto negativo.
- * A veces, los signos de abstinencia pueden durar desde varias semanas hasta más de 12 meses. Informe a su médico si tiene ansiedad, problemas de memoria, aprendizaje o concentración, problemas para dormir, dolor, entumecimiento u hormigueo, debilidad, sacudida, espasmos musculares, zumbido en los oídos, o cualquier otro efecto negativo.

¿PARA QUÉ SE UTILIZA ESTE MEDICAMENTO?

- * Este medicamento se utiliza para tratar las convulsiones.
- * Este medicamento se utiliza para tratar los ataques de pánico.
- * Se le puede recetar este medicamento por otras razones. Consulte con su médico.

¿QUÉ NECESITO DECIRLE A MI MÉDICO ANTES DE TOMAR ESTE MEDICAMENTO?

- * Si es alérgico a este medicamento, a algún componente de este medicamento, o a otros medicamentos, alimentos o sustancias. Informe a su médico acerca de esta alergia y qué síntomas ha presentado.
- * Si tiene alguna de las siguientes condiciones: Glaucoma o enfermedad hepática.

Esta no es una lista de todos los medicamentos o trastornos que pueden interactuar con este medicamento. Informe a su médico y farmacéutico acerca de todos los medicamentos que tome (sean estos recetados o de venta libre, productos naturales, vitaminas) y los trastornos que tenga. Debe verificar que sea seguro para usted tomar este medicamento junto con todos sus otros medicamentos y trastornos. No emplee, detenga ni modifique la dosis de ningún medicamento sin consultar antes al médico.

¿QUÉ DEBO SABER O HACER MIENTRAS TOMO ESTE MEDICAMENTO?

- Para todos los usos de este medicamento:
- * Avise a todos sus proveedores de atención médica que toma este medicamento. Esto incluye a los médicos, enfermeras, farmacéuticos y dentistas.
- * Hágase análisis de sangre si toma este medicamento durante un periodo largo. Hable con su médico.
- * Evite conducir, realizar tareas o actividades que requieran de su atención completa hasta que vea cómo lo afecta este medicamento.
- * Si tiene convulsiones anticonvulsivos, este medicamento puede hacer que se desmaya. Utilice con cuidado. No realice actividades que puedan ser perjudiciales para usted u otras personas si se desmaya, como conducir o nadar.
- * Si tiene enfermedad pulmonar, hable con un proveedor de salud médica. Usted puede ser más sensible a este medicamento.
- * Evite el consumo de alcohol mientras tome este medicamento.
- * Consulte con el médico antes de consumir marihuana, otras formas de cannabis o medicamentos recetados o de venta libre que puedan ralentizar sus reacciones.
- * Consulte al médico si este medicamento deja de surtir efecto. No consuma más de lo indicado.
- * Si tiene 65 años o más, use este medicamento con cuidado. Puede provocar más efectos secundarios.
- * Este medicamento puede dañar al feto si se toma durante el embarazo. Si está embarazada o queda embarazada mientras toma este medicamento, llame al médico de inmediato.
- * Tomar este medicamento durante el embarazo puede aumentar la posibilidad de sufrir problemas respiratorios o de alimentación, temperatura corporal baja o síntomas de abstinencia en el recién nacido. Consulte al médico.
- * Informe a su médico si está amamantando o si planea hacerlo. Este medicamento pasa a la leche materna y podría dañar al bebé.

Para convulsiones:

- * Si las convulsiones son diferentes o empeoran después de comenzar a tomar este medicamento, consulte con el médico.
- * No modifique la dosis ni suspenda el medicamento. Esto puede provocar convulsiones. Hable con su médico.

¿CUÁLES SON LOS EFECTOS SECUNDARIOS POR LOS QUE DEBO LLAMAR A MI MÉDICO DE INMEDIATO?

ADVERTENCIA/PRECAUCIÓN: A pesar de que es muy poco frecuente, algunas personas pueden sufrir efectos secundarios muy graves, que causen incluso la muerte, al tomar un medicamento. Si presenta alguno de los siguientes signos o síntomas que puedan estar relacionados con un efecto secundario muy grave, infórmele a su médico o busque asistencia médica de inmediato.

- * Signos de reacción alérgica tales como sarpullido, urticaria, picazón, piel enrojecida, hinchada, con ampollas o descamada, con o sin fiebre; hinchazón, opresión en el pecho o la garganta; problemas para respirar, tragar o hablar; ronquera musical; o hinchazón de la boca, el rostro, los labios, la lengua o la garganta.
- * Falta de aire.
- * Modificación del equilibrio.
- * Confusión.
- * Problemas o pérdida de la memoria.
- * Pesadillas.
- * Alucinaciones (ver o escuchar cosas que no están allí).

Despacho controlados plan y cash

PACKAGING & Rph REVIEW Login: JAM

Rx 1450171:00

Written 01/08/26 Filled 01/08/26

[✓] Drug OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-
DAW 0=NOT SPECIFIED
NDC 47781-0196-01
Inv PRIMARY 371

[✓] Wrtn 90 Refills 0
Disp 60
[✓] Days Supply 15

ORIGIN WRITTEN
ALERTS VIEWED PROFILE NOT VIEWED
USE SAFETY CAPS DRUG NOT VERIFIED
Adherence: Pt NO HISTORY Rx 57.6%
Delivery Will-Call
Price \$21.09 Plans \$21.09 Copay \$0.00 Cost \$3.99 (\$17.10)

F1 Return F2 Clear F6 ALERTS F7 Detail F8 Option

HP

PACKAGING & Rph REVIEW Rx Awaiting Fill

Written 01/08/26 Filled 01/08/26

[✓] Drug OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-
DAW 0=NOT SPECIFIED
NDC 47781-0196-01
Inv PRIMARY 371

[✓] Wrtn 90 Refills 0
Disp 30
[✓] Days Supply 7

ORIGIN WRITTEN
!DUR ALERT! PROFILE NOT VIEWED
USE SAFETY CAPS DRUG NOT VERIFIED
Adherence: Pt NO HISTORY Rx 57.6%
Delivery Will-Call
Price \$60.00 CASH Copay \$60.00 Cost \$1.99 (\$58.01)

Press ALT-H for operational Hints
F1 Return F2 Clear F3 STAFF F4 ACCEPT F5 REJECT F6 ALERTS F7 Detail F8 Option F9 I-Help 10 Owed

HP



Requerimientos y Documentación

Recetas Electrónicas Regulares

- Las recetas electrónicas regulares las van a verificar como cualquier receta física regular. **NO** se imprimen.
- Las recetas electrónicas se documentan.
- Las recetas electrónicas **NO SE FIRMAN** físicamente por el farmacéutico.
- La revisión y firma del farmacéutico queda documentada en RX-30 o su sistema de operación con las iniciales del farmacéutico que revisa.



Requerimientos y Documentación

Recetas Electrónicas Control II, III, IV y V

- Las recetas electrónicas regulares las van a verificar como cualquier Receta Control II, III, IV y V física. **NO** se imprimen.
- Las recetas electrónicas Control II, III, IV y V **NO SE DOCUMENTAN**.
- Las recetas electrónicas Control II, III, IV y V **NO SE FIRMAN FISICAMENTE POR EL FARMACEUTICO**.
- La revisión y firma del farmacéutico queda documentada en RX-30 con las iniciales del farmacéutico que revisa.
- Para que sea válida tiene que ser **TRANSMITIDA DIRECTAMENTE POR EL QUE PRESCRIBE** utilizando un sistema que permita la validación de la firma electrónica. RX30 valida la firma electrónica del prescribiente al igual que PRIME.

Ley Núm. 80-2025

- Cambios normativos introducidos por la Ley Núm. 80-2025, que enmienda la Ley Núm. 4 del 23 de junio de 1971, según enmendada, conocida como la “Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico”.

1. CAMBIO FUNDAMENTAL: ELIMINACIÓN DEL PLAZO DE DOS DÍAS

- El cambio más significativo para el flujo de trabajo diario es la derogación explícita del Artículo 21 de la antigua Ley de Narcóticos de 1959.
- **La Norma Anterior (Ahora Eliminada):** Dicho artículo obligaba al farmacéutico a no despachar ninguna receta de drogas narcóticas si habían transcurrido más de dos (2) días desde su fecha de expedición. Esta norma, considerada obsoleta, era una causa frecuente de rechazo de recetas y dificultades para el paciente.
- **La Nueva Realidad (Vigente):** Al ser derogado dicho artículo, se elimina por completo la restricción de los dos días.

Cambios ley 80

Clasificación	Sustancia	Repetición	Vigencia de la receta
II	Narcótica	No se permite	7 días desde su expedición
II	No narcótica	No se permite	6 meses desde su expedición
III, IV, V	Narcótica	No se permite	7 días desde su expedición
III, IV, V	No narcótica	Se permiten hasta 5 repeticiones dentro de 6 meses desde su expedición	6 meses desde su expedición



Procesamiento de Recetas

☐ VERIFICAR QUE LA INFORMACION TRANSMITIDA SEA CORRECTA.

☐ REGLA DE LAS 11 CORRECTAS:

1. Nombre del Paciente Correcto – Se revisa con el DOB
2. Médico Correcto en Sistema – Se revisa a base del NPI del Médico
3. Revisar el Número de Licencia del Médico Correcto
4. Medicamento Correcto
5. Dosificación Correcta
6. Cantidad o Empaque Correcto
7. Indicaciones Correctas
8. Días Correctos
9. Origin Code Correcto
10. DAW Correcto
11. Fecha Correcta (FECHA de la Receta, no la de Procesamiento)



Requerimientos y Documentación

Ejemplo de Fecha Incorrecta

Nombre del paciente _____
Dirección _____
Edad _____ Fecha Aug/ 7/17

Rx - Pantoprazol 40 mg PO
daily dos 30 PRN x 5

- Pantoprazol 20 mg PO
daily dos 30 PRN x 5

- Lansoprazol 30 mg PO
daily dos 30 PRN x 5

- Diclofenac gel capsules
on appt with daily dos
with food PRN x 5

- Gabapentin 300 mg PO
TID dos. with food
PRN x 5

M.D.

Doctor _____
OMEPRAZOLE 40 MG CPDR Onhand 1673
NDC 62175-0136-37 GENERIC PS 100.00 Unit Dose? N
P MA USE SAFETY CAP
Quantity 30 Dispensed 30
Refills 1 Refs/Qty Left 1 /30
Plan(s) MCS/CLAS Pay \$ 511.78 Price 01
Directions (Spanish) TOMAR UNA CAPSULA DIARIA
Days' Supply 30 PRN Written 10/10/17 Expired 10/10/18
\$ 511.78 Disc \$ 1.13 Cost \$ 510.65 Margin Patient Pays
RX PICKUP

Procesamiento de Recetas

Ejemplo de Medicamento Incorrecto

REY #2

Label  Login: ZOR

METFORMIN HCL 500 MG TABS

NDC 2315 0102-10 GENERIC PS 1000

P APREF 30X35100 00000000

Quantity **30** Dispensed **30**

Refills **3** Refs/Qty Left **3 / 90**

Directions (Spanish)
TOMAR UNA TABLETA DIARIA

Days' Supply **30** PRN

Lot **x01470** Exp **06/30/22**

ORIG **3** ESCRIPT DAW **0**

HYDROCHLOROTHIAZIDE 12.5 MG TABLET

NDC 00228-2820-11

DAW: 0 000

Refills: 3

QTY: 90 DS: 90 01/15/20

Una tableta po diaria

Press ALT-I for Image Control

F1 AddRx F2 Undo F4 TpCalc F5 RxHist F7 Detail F8 Option F9 Help 10 Edit



Requerimientos y Documentación

Ejemplo de Dosis Incorrecta

INVOKANA 100 MG TABS

NDC 504-0140-30 BRAND PS 30 00

P M PREF

Quantity 30 Dispensed 30

Refills 3 Refs/Qty Left 3 /90

Directions (Spanish)
TOMAR UNA TABLETA DIARIA

Days' Supply 30 PRN

Lot 19AG043 Exp 10/31/21

ORIG 1 WRITTEN DAW 0

Onhand 0

Unit Dose? N

USE SAFETY CAP

Plan(s) Pay

PRO/ABAR \$ 1492.92 Price 01

\$ Disc

\$ Tax

\$ 1492.92 Total

\$ 479.21 Cost

Written 02/13/18 \$ 1013.71 Margin

Expired 02/13/19 Patient Pays

RX PICKUP

Rx Memo

Status Refillable Delivery Will-Call

Labels 1 Label garayll Prt 6 Pri

F2 Clear F3 Calndr F4 TpCalc F5 RxHist F7 Detail F8 Option F9 Help 10 Edit

NEW E-SCRIPT PRESCRIPTION 02/13/2018 12:16:00

PRESCRIBED INVOKANA 300 MG TABLET

NDC 50458-0141-30

Qty 30 (thirty) UOM Tablet

Refills 3 Written 02/13/18

take 1 tablet(s) by oral route once a day

DAW 1=PHYSICIAN

erx trace 933653 20180213 161600,0 Rx 678594



Requerimientos y Documentación

Ejemplo de Días Incorrectos

NEW E-SCRIPT PRESCRIPTION 01/15/2020 13:31:14

DAW 0=NOT SPECIFIED

PRESCRIBED LANTUS 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION
NDC 00088-2220-33
Qty 2 (Two) UOM Bottle
Refills 5 Days Supply 30 Written 01/15/20
20 U SQ Q 24 HOURS

erx trace 891a2d64a90d43bfad96770d9396571d 20200115 173114,0 Rx 872628

LANTUS 100 UNIT/ML SOLN Onhand 80 SN 11519
NDC 00088-2220-33 BRAND PS 10.00
P APREF Unit Dose? N
USE SAFETY CAP
Quantity 20 Dispensed 20
Refills 5 Refs/Qty Left 5 /100
Plan(s) Pay
ADVPCS \$ 1711.35 Price 01
\$ Disc
\$ Tax
\$ 1711.35 Total
\$ 530.08 Cost
Written 01/15/20 \$ 1181.27 Margin
Expires 01/14/21 \$ Patient Pays
RX PICKUP
Rx Memo
Status Refillable Delivery Will-Call
Labels 1 Label garay11 Prt 6 Pri 3
F2 Clear F3 Calndr F4 TpCalc F5 RxHist F7 Detail F8 Option F9 Help 10 Edit

Directions (Spanish)
ADMINISTRAR 20 UNIDADES
SUBCVUTANEAS CADA 24 HORAS

Days' Supply 28 PRN

Cálculo de gotas

- Usualmente 1ml = 20 gotas
- ***** – **Solución 1ml= 20 gotas**
Suspensión 1ml= 15 gotas

Ojo: Auditorias de cálculos.

RX: 2 gtts bilateral eye q 6 hours.



Días de suplido

NOMBRE

DIRECCIÓN

FECHA

12-11-2005

EDAD

Rx

ESTMCE VAGINAL cream 42.5 GMM
3 T gm daily x 21 d
then T gm twice a week

$42.5\text{g} - 21\text{g}/\text{dia} = 21.5\text{ g restantes}$
 $21.5\text{g}/2\text{g}/\text{semana} = 10.75\text{ semanas}$
 $10.75\text{ semanas} \times 7\text{ días} = 75.25\text{ días}$
 $75.25\text{ días} + 21\text{ días primaries} = 96.25\text{ días}$

Calcular días de
suplido por el actual
y no por lo que la
receta indica



Earliest Fill Date: 01/27/2026 Prescription Date: 01/27/2026

traMADol-Acetaminophen 37.5-325 MG Oral Tablet

SIG: 2 tablets orally every 6 hours for 5 days as needed

Refills: 0

Quantity: 60 (sixty) tablets

Days supply: 30



Substitution permitted

Dispense as written



Procesamiento de Recetas

- ❑ **ORIGIN CODE**: Verificar que el “Origin Code” de cada receta este correcto.
- El Origin Code se refiere a como es que se recibe la receta – Física, email, fax o llamada.
- Tenemos que tener la documentación y evidencia de la procedencia de esta.

Escrita	01
Oral	02
Texto/WhatsApp	02
e-Prescribing	03
Fax/Correo Electronico	04

Procesamiento de Recetas

☐ **DAW** - Verificar los DAW (0, 1, 2, 9) CORRECTOS.

DAW0	No hay instrucción de que el medicamento sea original, el paciente esta de acuerdo en la sustitucion.
DAW1	Sustitucion no permitida por medico que prescribe.
DAW2	Paciente desea medicamento original, no desea el generico. - Receta Electronica – Documentar en F6 que el paciente no quiere intercambio - Receta Fisica – Colocar en el Ponche NO AL INTERCAMBIO.
DAW 9	Instrucción del plan medico. El mismo rechazo indica que es DAW9.

Procesamiento de Recetas

☐ RECHAZO PLAN MEDICO:

- **DOCUMENTAR** rechazo en el **MEMO DE RX30** o su **sistema de procesamiento** de la receta **SIEMPRE – RECETA FISICA Y ELECTRONICA.**
- Leer el RECHAZO, si el plan médico rechaza para menos días o por dosis máxima.
- Verificar si el Plan Médico rechaza porque requiere Pre-autorización
- El recurso que este procesando debe estar bien pendiente a los rechazos. Consulte con algun compañero u farmacéutico.
- Favor de hacer el máximo esfuerzo por realizar el despacho. Si tiene duda llame al plan médico.
- Trabajar las preautorizaciones con el mayor esfuerzo posible para lograr el despacho.



Revisión de Recetas

❑ NDC

- El **NDC despachado** **TIENE** que ser el **NDC Procesado**
- No se puede procesar un NDC de 90 tabletas y despachar el NDC de 30 tabletas
- Importante para las auditorias de NDC
- Tenemos que tener evidencia que compramos lo que despachamos
 - El NDC comprado = NDC despachado
- Consecuencia de no hacerlo:
 - Recobros en auditorías
 - FWA

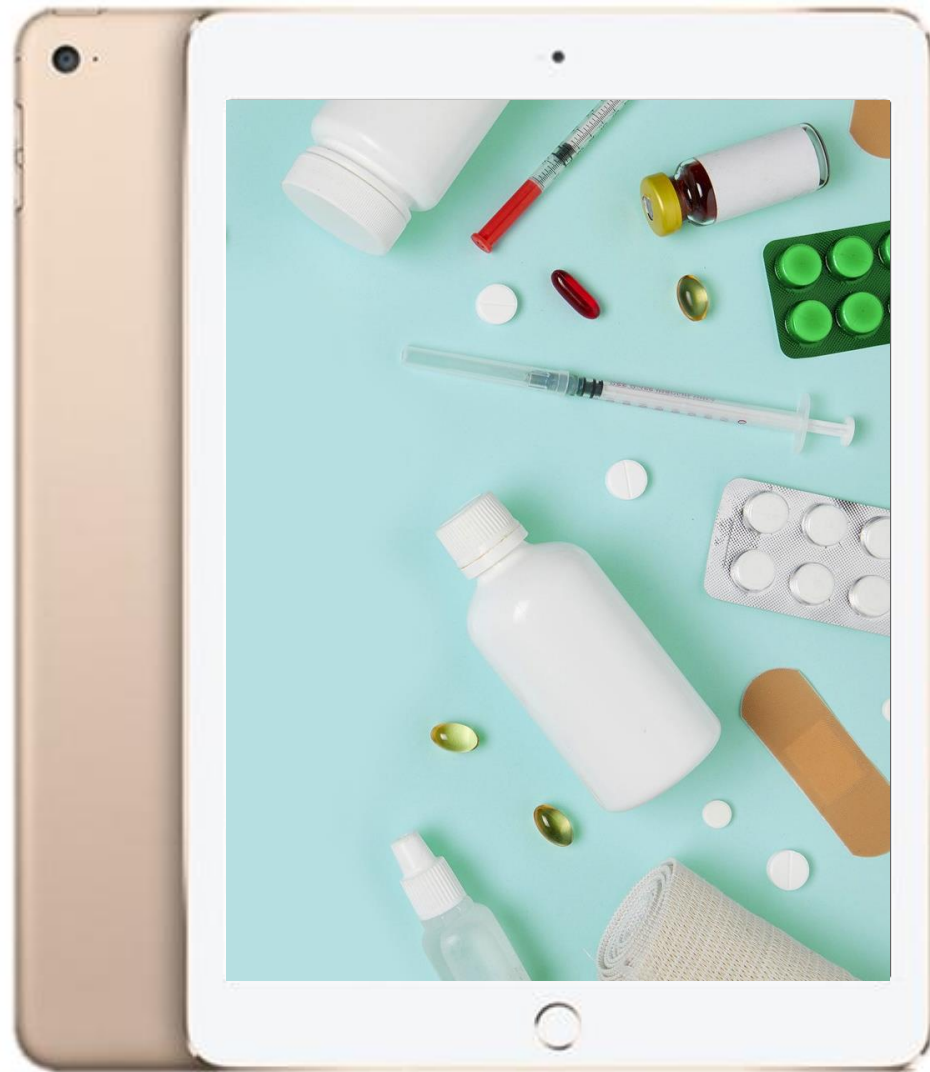
It is for this reason that your pharmacy has been selected for an Invoice Audit. The selected audit period is from January 1, 2023 to July 31, 2024. We do require from you to provide copies of the Wholesaler invoices OR an emailed file sent directly from the Wholesaler to the contact below of the pharmacy's purchases for the following selected drug (s):

NDC	Drug Name
00003089421	Eliquis Oral Tablet 5 MG
00310621030	Farxiga Oral Tablet 10 MG
00002751101	HumaLOG Mix 75/25 Subcutaneous Suspension (75-25) 100 UNIT/ML
00006057762	Janumet Oral Tablet 50-1000 MG
00006027731	Januvia Oral Tablet 100 MG
00006027754	Januvia Oral Tablet 100 MG
00006022131	Januvia Oral Tablet 25 MG
00006022154	Januvia Oral Tablet 25 MG
00006011231	Januvia Oral Tablet 50 MG
00006011254	Januvia Oral Tablet 50 MG
00088221905	Lantus SoloStar Subcutaneous Solution Pen-injector 100 UNIT/ML
00088222033	Lantus Subcutaneous Solution 100 UNIT/ML
00074662490	Synthroid Oral Tablet 100 MCG
00074662419	Synthroid Oral Tablet 100 MCG
00074434190	Synthroid Oral Tablet 25 MCG
00074434119	Synthroid Oral Tablet 25 MCG
00074455290	Synthroid Oral Tablet 50 MCG
00074455219	Synthroid Oral Tablet 50 MCG
00074518290	Synthroid Oral Tablet 75 MCG
00074518219	Synthroid Oral Tablet 75 MCG
00074659490	Synthroid Oral Tablet 88 MCG
00074659419	Synthroid Oral Tablet 88 MCG
00597014030	Tradjenta Oral Tablet 5 MG
00597014090	Tradjenta Oral Tablet 5 MG

We thank you in advance for your cooperation. Please send this information via email to amelia.trejo@abarcahealth.com or pharmacyaudit@abarcahealth.com or fax at (787) 777-1373 within fifteen (15) business days upon receipt of this letter. If additional information is needed, please do not hesitate to call (787) 706-7158.

NDC	Drug Name	Units Billed	Utilization Period	Amount Paid (PBM Paid)*	Available Invoice	Units Purchased	Insufficient Quantity Purchased	Amount to be Recovered (Shortage Value)	Audit Findings
3089421	Eliquis Oral Tablet 5 MG	7,064	6/1/2022 to 6/30/2024	\$65,176.58	0	0	-7,064	-\$65,176.58	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
89431	Eliquis Oral Tablet 5 MG	1,050	6/1/2022 to 6/30/2024	\$10,405.99	0	0	-1,050	-\$10,405.99	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
811	Farxiga Oral Tablet 10 MG	30	6/1/2022 to 6/30/2024	\$438.68	0	0	-30	-\$438.68	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
4	Januvia Oral Tablet 50 MG	180	6/1/2022 to 6/30/2024	\$3,169.49	0	0	-180	-\$3,169.49	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
	Januvia Oral Tablet 100 MG	2,070	6/1/2022 to 6/30/2024	\$36,432.48	0	0	-2,070	-\$36,432.48	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
	Januvia Oral Tablet 100 MG	270	6/1/2022 to 6/30/2024	\$4,880.22	0	0	-270	-\$4,880.22	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
	Janumet Oral Tablet 50-1000 MG	6,570	6/1/2022 to 6/30/2024	\$59,502.36	0	0	-6,570	-\$59,502.36	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
	Janumet Oral Tablet 50-1000 MG	840	6/1/2022 to 6/30/2024	\$7,783.26	0	0	-840	-\$7,783.26	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
	Farxiga Oral Tablet 10 MG	9,870	6/1/2022 to 6/30/2024	\$182,351.97	0	0	-9,870	-\$182,351.97	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
	Farxiga Oral Tablet 10 MG	540	6/1/2022 to 6/30/2024	\$10,533.95	0	0	-540	-\$10,533.95	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
Total				\$380,674.98				-\$380,674.98	Recovery Total

Appeal documentation regarding the findings above within 30 days from the date notified. Additionally, kindly provide support documentation for the drugs listed above.



OTROS ASUNTOS
IMPORTANTES

Otros Asuntos Importantes

Otras Formas de Recibir Recetas

• RECETAS REGULARES

- Por fax directamente de la oficina del médico prescribiente
- Por correo electrónico directamente de la oficina del médico prescribiente
- Telefono- la puede recibir el Farmacéutico directamente del Médico Prescribiente. Tiene que ser documentada por el Farmacéutico que la recibe.

• RECETAS CONTROL II, III, IV y V

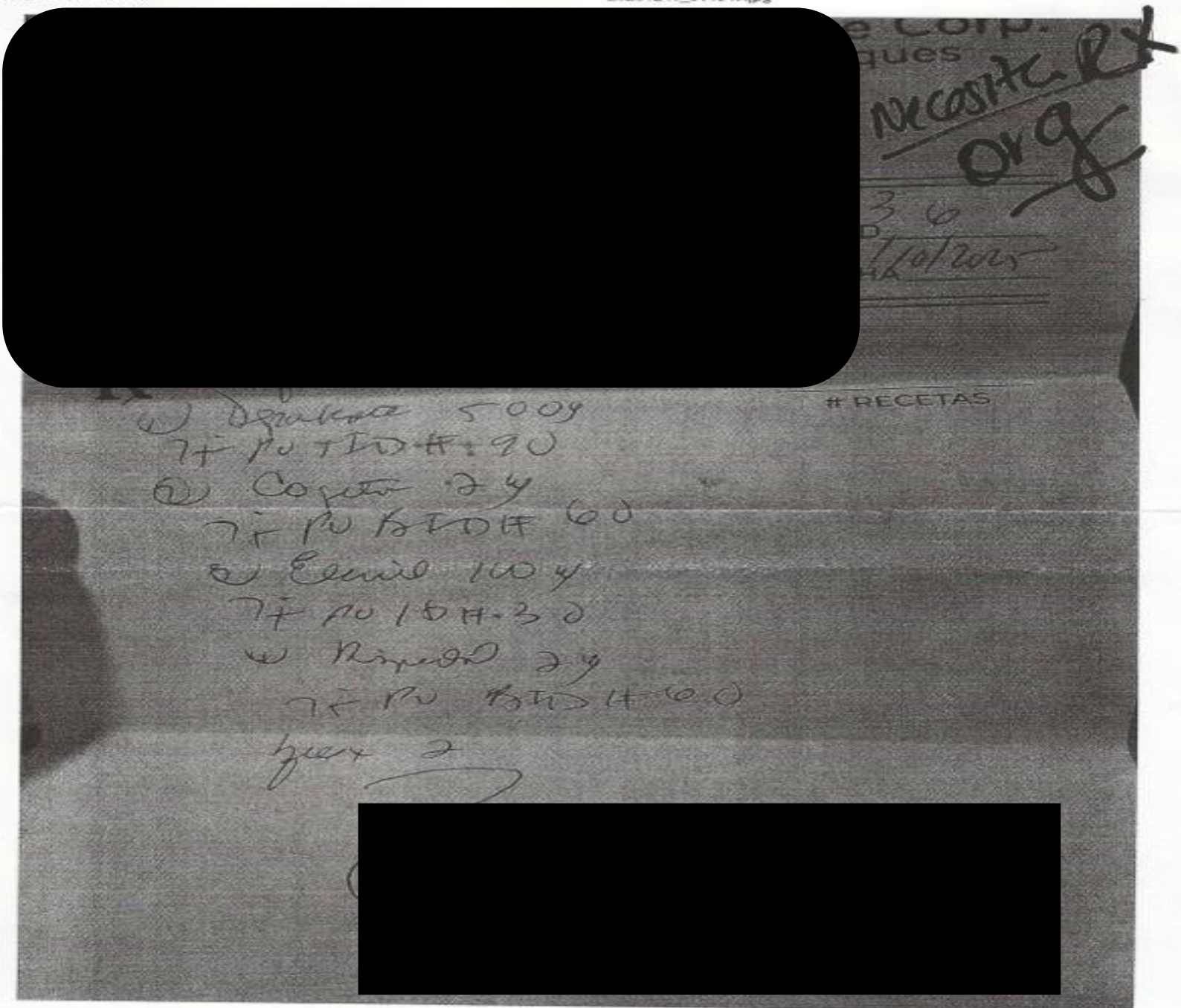
- Solo física o electronica.

IMPORTANTE:

Se puede recibir la receta enviada directamente por el paciente por cualquier método electrónico, incluyendo fax, correo electrónico, texto o Whatsapp.

UNICAMENTE se utiliza para adelantar su procesamiento.

La ENTREGA de los medicamentos procesados esta CONDICIONADA a la entrega de la RECETA ORIGINAL.



Necesita RX
original
cuando
pase a
recoger



Receta Telefónica

SOLAMENTE la puede recibir el Farmacéutico directamente del Médico Prescribiente. Tiene que ser documentada por el Farmacéutico que la recibe.


FARMACIAS REY

52 calle Benítez Guzmán Vieques, PR 00765

RECETA TELEFÓNICA

Nombre: _____ DOB: _____

Dirección: _____ Fecha: _____

Refill _____ times

Farmacéutico: _____ Lic. No. _____

Licencia: _____ Registro Estatal: _____

Firma: _____ DEA No. _____

Fecha: _____ NPI: _____

Por Ley Núm. 123 de 6 de noviembre de 2023, en el caso de transmisiones orales de parte del prescribiente, la misma será transcrita prontamente y archivado por el farmacéutico. Orden original escrita expedida y firmada, o generada y transmitida electrónicamente, o en forma oral, o por un medio de una transmisión electrónica por un prescribiente en el curso normal y ejercicio legal de su profesión en Puerto Rico, o en cualquier otra jurisdicción o territorio de los Estados Unidos de América.

Your local DEA office:

CARIBBEAN DIVISION
SAN JUAN OFFICE
Telephone: 571-362-2199

If you are not an ARCOS reporter, you are required to provide a copy of the executed order form to DEA (21 CFR 1305.13). You can email a copy of your order form to: dea.orderforms@usdoj.gov

15/240
1:1
PHARMACARE INC., FARMACIA REY # 20
CALLE BENITEZ GUZMAN #52
VIEQUES, PR 00765-0243



INSTRUCTIONS FOR DEA FORM 222 (see Title 21 CFR Part 1305 for details)

1. Purchasers and suppliers who use this form must have an active DEA registration that is not expired, revoked, or suspended. Both parties must be registered to handle the schedule 1 and 2 controlled substance(s) on the order form.
2. In accordance with 21 CFR 1305.06, an order for Schedule I and II controlled substances, whether on a DEA Form 222 or an electronic order, may be filled only by a person registered with DEA as a manufacturer or distributor.
3. In accordance with 21 CFR 1305.06(c), a person registered to dispense Schedule II substances may distribute the substances to another dispenser with either a DEA Form 222 or an electronic order only in the circumstances described in 21 CFR 1307.11.
4. Do not make erasures or alterations. A defective order form may not be corrected; it must be replaced by a new order form to be accepted. A supplier who receives a form that is incomplete, illegible, improperly prepared, or shows any sign of alteration should return it to the purchaser with the reason for refusal. The purchaser must void all defective forms and keep on file for two years after the date of the order form.
5. Order forms must be maintained separately from all other records for two years. The original must be kept on file by the supplier that fills the order for two years.
6. Lost or stolen order forms must be documented and reported to your local DEA office. See 21 CFR 1305.16 for details.
7. Unused order forms should be voided and returned to Drug Enforcement Administration, PO Box 2639, Springfield, VA 22152-2639. See 21 CFR 1305.18 for details.
8. For additional order forms, call the Customer Service Center at (800) 882-9539 or place your request on-line at www.deadiversion.usdoj.gov or contact the local DEA office.

PART 1. PURCHASER INFORMATION

1. The purchaser fills out no more than twenty line items in this section. If more items are needed, use another form.
2. Only one item may be entered on a single line. Enter the number of packages, the size of the package, and the name of the item.
3. Enter the total number of line items ordered.
4. Incomplete order forms will be returned to the purchaser for completion before the supplier is allowed to fill it. See 21 CFR 1305.15 for details.
5. The form must be signed and dated by a person authorized to sign a registration application for the purchaser, or a person authorized to execute order forms for the purchaser by a power of attorney. An officer or agent signing on behalf of the purchasing registrant will indicate the signature authority immediately after the signature. For example, "attorney-in-fact", "by power of attorney", "designated agent", or "secretary" may be used.
6. The order form must be signed and dated by the purchaser on the day it is submitted for filling. Purchaser must make a copy of the order form for its records before mailing the original to the supplier.

PART 2. SUPPLIER IDENTIFICATION - Enter the DEA number, name, and address of supplier.

PART 3. ALTERNATE SUPPLIER IDENTIFICATION - An order form made out to a supplier who cannot fill all or part of the order within the time limitation may be endorsed to another supplier to fill. Enter the DEA number of the alternate supplier. The person authorized by the first supplier (named in part 2) to obtain and execute order forms must sign and date the endorsement. The first supplier must mail the original order form to the alternate supplier.

PART 4. CONTROLLED SUBSTANCE SHIPMENT

1. This section is filled out by the supplier who actually fills the order. If the original supplier endorses this order to another supplier, then the alternate supplier will fill out this section.
2. Enter the number of packages furnished on each line item and the date shipped. The order may be filled in partial shipments up to 60 days after the date of the order form if it cannot be immediately supplied.
3. The controlled substance(s) may only be shipped to the purchaser and address preprinted on the order form.
4. Supplier must keep the original order form available for inspection for a period of two years.

PART 5. CONTROLLED SUBSTANCE RECEIPT

1. The purchaser fills out this section on its copy of the original order form.
2. Enter the number of packages received and date received for each line item.
3. Purchaser must keep its copy of each executed order form and all copies of unaccepted or defective forms and any attached statements or other related documents available for inspection for a period of two years.

In accordance with the Paperwork Reduction Act of 1995, no person is required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The OMB control number for this collection is 1117-0010. Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 15 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information.

PURCHASER INFORMATION			REGISTRATION INFORMATION			SUPPLIER DEA NUMBER: #															
PHARMACARE INC. 1 ARMACIA REY # 20 CALLE BENITEZ GUZMAN #52 VIEQUES, PR 00785-0243			REGISTRATION # FF6625276 REGISTERED AS: RETAIL PHARMACY SCHEDULES 2, 2N, 3, 3N, 4, 5 ORDER FORM NUMBER 243256227 DATE ISSUED 02/26/2024 ORDER FORM 3 OF 3			280374683															
PART 1: TO BE FILLED IN BY PURCHASER Jorge L. Alencar Maldonado, Chief Pharmacist Print or type name and title Signature of Requesting Official (must be signed by signatory) 11/14/25			PART 5: TO BE FILLED IN BY PURCHASER			PART 2: TO BE FILLED IN BY PURCHASER BUSINESS NAME Cardinal Health P.R. INC STREET ADDRESS Carr 165 Km 2.4 Edif. 10 Local A CITY, STATE, ZIP CODE Guaynabo P.R. 00965															
PART 3: ALTERNATE SUPPLIER IDENTIFICATION - to be filled in by first supplier (none needed if order is endorsed to another supplier to fill) ALTERNATE DEA # <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Signature by first supplier <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> OFFICIAL AUTHORIZED TO EXECUTE ON BEHALF OF SUPPLIER DATE																			PART 4: TO BE FILLED IN BY SUPPLIER NATIONAL DRUG CODE		
ITEM	NO. OF PACKAGES	PACKAGE SIZE	NAME OF ITEM	NUMBER REQD.	DATE RECD.	NUMBER SHIPPED	DATE SHIPPED														
1	10	100	Oxycodone/APEP 5mg-325mg TAB	10	11/24/25																
2	2	100	Amphetamine SAL COB 20mg TAB	2	11/24/25																
3	1	25	Fentanyl 50mcg/mL (2mL) VIAL	1	11/20/25																
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
3	LAST LINE COMPLETED (MUST BE 20 OR LESS)																				

PURCHASER INFORMATION

FARMACIA REY #20
PHARMACARE INC
CALLE BENITEZ GUZMAN #52
VEQUES, PR 00765-0243

REGISTRATION INFORMATION

REGISTRATION # FF6625276
REGISTERED AS: RETAIL PHARMACY
SCHEDULES: 2, 2N, 3, 3N, 4, 5
ORDER FORM NUMBER: 212992959
DATE ISSUED: 10/25/2021
ORDER FORM 3 OF 3

SUPPLIER DEA NUMBER #

2 B 0 3 7 4 6 8 3

PART 2: TO BE FILLED IN BY PURCHASER

Cardinal Health PR, INC.
BUSINESS NAME Centro de Distribucion Internacional
Carr 165 Km 2.4 Edif 10, Local A
STREET ADDRESS Guaynabo, PR 00965
CITY, STATE, ZIP CODE

PART 1: TO BE FILLED IN BY PURCHASER

Erge L. Attende Maldonado, Chief Pharmacist

Print or Type Name and Title

Erge L. Attende Maldonado by Power of Attorney 6/6/2025
Signature of Requesting Official (must be authorized to sign order form) Date

PART 5:
TO BE
FILLED IN BY
PURCHASER

PART 3: ALTERNATE SUPPLIER IDENTIFICATION - to be filled in by first supplier
(omit in part 2) if order is endorsed to another supplier to fill.

ALTERNATE DEA #

Signature by first supplier

OFFICIAL AUTHORIZED TO EXECUTE ON BEHALF OF SUPPLIER

DATE

(LN)	NO. OF PACKAGES	PACKAGE SIZE	NAME OF ITEM	NUMBER REQ'D	DATE REQ'D	PART 4: TO BE FILLED IN BY SUPPLIER NATIONAL DRUG CODE						NUMBER SHIPPED	DATE SHIPPED
1	4	100	Oxycod/APAP 10mg 325mg TAB	4	6/6/25								
2	10	100	Amphetamine SALT COMB 15mg TAB	0	6/6/25								
3	10	100	Oxycodone/APAP 5mg-325mg TAB	10	6/6/25								
4	10	100	Dexamethylphenidate 10mg TAB	0	6/6/25								
5	10	100	Amphetamine SALT COMB 5mg TAB	10	6/6/25								
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

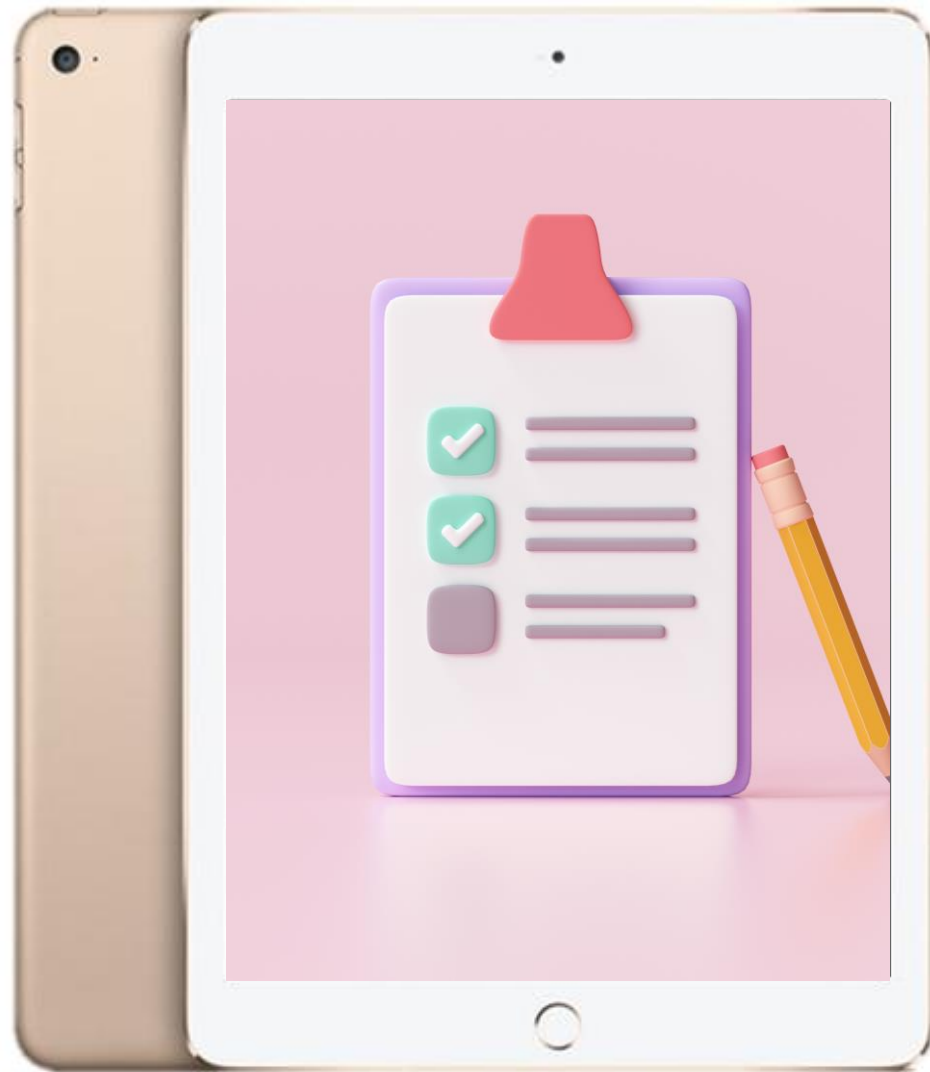
C

6/8/2025

←

LAST LINE COMPLETED (MUST BE 20 OR LESS)

← LAST LINE COMPLETED (MUST BE 20 OR LESS)



Como Manejar las Visitas de las Agencias Regulatorias



¿Quién nos Visita?

1. Departamento de Salud
2. Oficina de Investigaciones del Departamento de Salud
3. ASSMCA
4. DEA
5. OSHA
6. Planes médicos
7. Oficina del Procurador del Paciente
8. OIG

Propósito de las Visitas

➤ Departamento de Salud

- Licencia Nueva
- Renovación de Licencia (más común)
- Querella paciente
- Querella plan médico
- Investigación en curso
 - Paciente
 - Prescribiente
 - Farmacia
 - PBM

➤ Oficina de Investigaciones del Departamento de Salud

- Licencia Nueva
- Renovación de Licencia (más común)
- Querella paciente
- Querella plan médico
- Investigación en curso
 - Paciente
 - Prescribiente
 - Farmacia
 - PBM
- Informe de incidente de medicameneto controlado

Propósito de las Visitas

➤ ASSMCA

- Manejo del Programa de Monitoreo de Sustancias Controlados (PMP)

➤ DEA

- Licencia Nueva
- Renovación de Licencia (más común)
- Querella paciente
- Querella plan médico
- Investigación en curso
 - Paciente
 - Prescribiente
 - Farmacia
- Informe de incidente de medicamento controlado

➤ OSHA

- Cumplimiento con la Ley de Medicamentos Hazard
- Queja o Querella de empleado

➤ Planes Médicos

- Auditorías de cumplimiento
- Auditorías de recetas
- Quejas o querellas de pacientes
- Investigación en curso (paciente, prescribiente o farmacia)



Propósito de las Visitas

➤ **Oficina del Procurador del Paciente**

- Orientación procesos nuevos con los pacientes
- Queja o Querella por parte de paciente.
prescribiente o plan médico

➤ **OIG – Oficina del Inspector General**

- Visitan solo si hay investigación en curso



Como Manejar la Visita

PASO 1

- Identificar a la persona que nos visita
 - Nombre
 - Identificación de la Agencia o entidad a la que Representa

PASO 2

- Dialogar con el recurso que nos visita (Inspector o Investigador) y solicitar el propósito de la vista
 - Orientación
 - Inspección Regulatoria
 - Inspección Rutinaria
 - Queja o Querella
 - Investigación
 - Auditoría

PASO 3:

- Comunicarse con la administración para informar la visita:
 - Gerente de Operaciones de Recetario
 - Administración para informar la visitas

PASO 4:

- Acompañar a inspector y brindarle toda la información que requiera
 - GAVETA DE CUMPLIMIENTO
 - De no tener la información al momento solicitar a administración lo requerido.



Como Manejar la Visita

PASO 5:

- Cierre de la inspección
 - Comunicarse con la Gerente de Operaciones de Recetario, dueño para cerrar la inspección y asegurarnos que no tendremos sorpresas más adelante.

PASO 6:

- Documentar la inspección.

Documentación de visitas

- Explicación de todo lo ocurrido en la visita, importante no omitir detalles.



Farmacia:

U.S. Department of Justice • Drug Enforcement Administration
Caribbean Division | San Juan Diversion Group

Inspección DEA

✓	Documentos Requeridos	Notas
✓	Registro DEA	Copia de licencia vigente
✓	Certificado "Combat Methamphetamine Act Self-Certification"	Copia de licencia vigente
✓	Certificado ASSMCA	Copia de licencia vigente
✓	Licencia Farmacia & Biológicos	Copia de licencia vigente
✓	Listado de empleados con acceso a sustancias controladas	(Nombres y dos apellidos; Posición en la farmacia; Seguro Social completo; Número de Licencia; Dirección) <i>Lin 2.1.1</i>
✓	Certificado Incorporación de la Compañía	
✓	Certificado de Existencia de la Compañía	Copia de certificado vigente
✓	Certificado "Good Standing" de la Compañía	Copia de certificado vigente
✓	Carta IRS de la Compañía	
✓	Protocolo Sustancias Controladas	Contiene: plano de las facilidades; información de proveedor y contrato de servicios de alarmas, cámaras y guardias de seguridad
	Información de Oficiales y Accionistas de la Compañía	(Nombres y dos apellidos; Posición; Seguro Social completo; Dirección)
✓	Copia de Declaración Jurada	(sobre Delegación de Responsabilidad)
✓	Copia de Inventario Bienal	(cada 2 años)
✓	Copia de último inventario <i>de cambio de resorte</i>	(en orden alfabético y por categoría II, III, IV y V)
✓	Power of Attorney	Copia de documento de autorización para Formas DEA-222 y Ordenes Electrónicas
✓	Formas DEA-222	(ya utilizadas para compra de Controlados II)
✓	Facturas de compra de sustancias controladas	(Clasificación II y III, IV y V)
✓	Documentos de cualquier disposición final de controlados	(Ejemplo: Rx Reverse Distributors)



Inspección ASSMCA

"CHECKLIST" PARA INSPECCION DE ASSMCA

FECHA DE PRE-INSPECCION: _____

REY: _____

GESTIONES

1. ALARMA
2. PIN PAD PUERTA DE ENTRADA EN RX
3. CAMARAS (VENTANILLAS, GONDOLAS DE CONTROLADOS, GABINETE DE CONTROL II)
4. LOS MONITORES DE LAS CAMARAS ENCENDIDOS
5. GABINETE DE CONTROL II CON SUS CERRADURAS Y LLAVES
6. ROLLING DOORS EN FUNCION
7. PLANO
8. MEDIDAS DE SEGURIDAD
9. LICENCIAS COLOCADAS (SALUD Y PRODUCTOS BIOLOGICOS) COMBAT
10. PROTOCOLO USO Y MANEJO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD
11. COPIA INVENTARIO DEA Y OFICINA DE INVESTIGACIONES
12. INVENTARIO AL DIA
13. LIBRETAS DE ORDENES DE OFICINA DE INVESTIGACIONES (ASSMCA) Y DEA
14. INFORMACION DE LOS EMPLEADOS CON ACCESO A LAS SUST. CONTROLADAS (TABLA)
15. FACTURAS DE LAS SUSTANCIAS CONTROLADAS 2, 3, 4,5
16. DECLARACION JURADA PARA LA DELEGACION DE LA RESPONSABILIDAD
17. PMP AWARE Y PMP CLEARING HOUSE
18. RECETAS CONTROLADAS FIRMADAS CON LA FECHA DE DESPACHO Y ARCHIVADAS
19. PAGINA DE VERIFICACION DEA
20. INVENTARIO BIANUAL DEL DEA

FIRMA: _____



NABP
NPI
DEA
OFICINA INVESTIGACIONES

INVENTARIO SUSTANCIAS CONTROLADAS II, III, IV, V
DRUG ENFORCEMENT AGENCY

REGENTE: Jorge L. Allende Nohlenacho	LICENCIA: 6983
FIRMA: [Signature]	FECHA: 7/9/2025 7:00 am

Medicamento, dosis y presentación	Tamaño de la botella	Cantidad de botellas	Balance existente
Acetaminophen / Codeine 300mg / 30mg Tablet	100	8	720
Alprazolam 0.25mg Tablet	100	3	249
Alprazolam 0.5mg Tablet	500	1	500
Alprazolam 0.5mg Tablet	1000	2	1661
Alprazolam 1mg Tablet	1000	1	1000
Alprazolam 1mg Tablet	500	1	395
Alprazolam 2mg Tablet	500	3	1082
Amphetamine-Dextroamphetamine ER Capsules	100	2	200
Amphetamine-Dextroamphetamine 30mg Tablet	100	2	200
Amphetamine-Dextroamphetamine 5mg tablet	100	14	1310
Belsomra 20mg tablet	30	1	30
Buprenorphine-Naloxone 5mg/2mg Film	30	38	1137
Clonazepam 0.25mg ODT	60	1	24

INVENTARIO SUSTANCIAS CONTROLADAS II, III, IV, V
DRUG ENFORCEMENT AGENCY

REGENTE: <u>Jorge L. Allende Maldonado</u>	LICENCIA: <u>6983</u>
FIRMA: <u>[Signature]</u>	FECHA: <u>7/9/2025</u> <u>7:00 am</u>

Medicamento, dosis y presentación	Tamaño de la botella	Cantidad de botellas	Balance existente
Clonazepam 2mg tab	500	2	760
Clonazepam 7.5mg tab	100	3	225
Clonazepam 3.75mg tab	100	3	210
Dexamethylphenidate 10mg tab	100	2	116
Dextroamp - Amphetamine 10mg tab	100	8	790
Dextroamp - Amphetamine 20mg tab	100	4	315
Estazolam 1mg tab	100	4	340
Estazolam 2mg tab	100	4	318
Eszopiclone 2mg tab	100	2	150
Eszopiclone 3mg tab	100	2	105
Lentanyl 100mcg/2ml vial	25	2	47
Lorazepam 0.5mg tab	500	2	274
Lorazepam 0.5mg tab.	1000	1	1000

Inventario Cambio de Regente Controlados

DEMO INVENTORY REPORT LISTING
Drug Inventory Summary by DEA Class
Tue May 20, 2025

DRUG/ NDC	PROD. CODE	DEA/ TAX	LABELER/ GENERIC	PACKAGE/ TYPE	FORM/ STRENGTH	ON-HD/ RO QTY/RO PT	QSS 340B	MAC	ANP	COST	VENDOR NAME
ACETAMINOPHEN-CODEINE 300-3	64380-0446-01	N	STRIDES PH	100.000	TAB	400	N	N	\$0.0000	\$1.4267	\$0.2080
ALPRAZOLAM 0.25 MG TABS	65862-676-01	N	S02127	Rx Gen	300-30	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$1.50	
ALPRAZOLAM 0.5 MG TABS	0781-1077-10	N	AUROBINDO	100.000	TAB	19	N	N	\$0.0000	\$0.6960	\$0.0327
ALPRAZOLAM 0.5 MG TABS	59762-3721-3	N	S00379	Rx Gen	0.25	0/	0	Fixed Retail Price: 0 for		\$0.60	
ALPRAZOLAM 1 MG TABS	59762-3721-3	N	SANDOS	1000.000	TAB	921	N	N	\$0.0000	\$0.0228	\$0.0215
ALPRAZOLAM 1 MG TABS	65862-0678-99	N	S00385	Rx Gen	0.5	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$0.70	
ALPRAZOLAM 1 MG TABS	59762-3721-3	N	PACIFIC	500.000	TAB	45	N	N	\$0.0000	\$0.9636	\$0.0177
ALPRAZOLAM 1 MG TABS	65862-0678-99	N	S00396	Rx Gen	1	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$0.90	
ALPRAZOLAM 2 MG TABS	65862-0678-99	N	AUROBINDO	1000.000	TAB	1000	N	N	\$0.0000	\$1.0978	\$0.0243
ALPRAZOLAM 2 MG TABS	65862-0678-99	N	S00396	Rx Gen	1	0/	0	01 02			
ALPRAZOLAM 2 MG TABS	65862-0678-99	N	AUROBINDO	500.000	TAB	912	N	N	\$0.1100	\$1.9156	\$0.0301
ALPRAZOLAM 2 MG TABS	65862-0678-99	N	S00397	Rx Gen	2	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$1.00	
AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE	47781-174-01	N	ALVOCEN	100.000	TAB	598	N	N	\$0.1259	\$1.7160	\$0.1705
AMPHETAMINE-DEXTROAMPHETAMINE	47781-174-01	N	S03392	Rx Gen	5	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$2.00	
BUPRENORPHINE BCL-NALOXONE	00005-0335-10	N	MERCKSHARP	30.000	TAB	30	N	N	\$0.0000	\$18.6240	\$14.3363
BUPRENORPHINE BCL-NALOXONE	0378-5767-93	N	S00225	Rx Brg	20	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$27.00	
CLONAZEPAM 0.125 MG TDF	49884-306-02	N	S09544	Rx Gen	6-2	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$8.00	
CLONAZEPAM 0.25 MG TDF	49884-306-02	N	PAR PHARMA	60.000	TAB	30	N	N	\$0.0000	\$1.2988	\$0.1248
CLONAZEPAM 0.25 MG TDF	49884-306-02	N	S09219	Rx Gen	0.125	0/	0	01 02			
CLONAZEPAM 0.5 MG TABS	59651-0722-99	N	PAR PHARMA	60.000	TAB	14	N	N	\$0.0000	\$1.2988	\$0.4158
CLONAZEPAM 1 MG TABS	72888-0153-05	N	AUROBINDO	1000.000	TAB	428	N	N	\$0.0000	\$0.7490	\$0.0185
CLONAZEPAM 1 MG TABS	59651-0722-99	N	S00144	Rx Gen	0.5	0/	0	01-1 02			
CLONAZEPAM 2 MG TABS	59651-0724-05	N	ADVANCE PH	500.000	TAB	1667	N	N	\$0.0000	\$0.8128	\$0.0447
CLONAZEPAM 2 MG TABS	59651-0724-05	N	S00133	Rx Gen	1	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$0.60	
CLONAZEPAM 2 MG TABS	59651-0724-05	N	AUROBINDO	500.000	TAB	800	N	N	\$0.0410	\$1.1841	\$0.0276
CLONAZEPAM 2 MG TABS	59651-0724-05	N	S00146	Rx Gen	2	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$0.70	
CLONAZEPATE 7.5 MG TABLET	51672-4043-01	N	TARO	100.000	TAB	100	N	N	\$0.0000	\$1.6740	\$1.0536
CLONAZEPATE 7.5 MG TABLET	51672-4043-01	N	S04025	Rx Gen	7.5	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$3.75	
CLONAZEPATE DIPOTASSIUM 3.75	60805-4754-01	N	APOTEX	100.000	TAB	330	N	N	\$0.8424	\$4.0335	\$0.4763
CLONAZEPATE DIPOTASSIUM 3.75	60805-4754-01	N	S04028	Rx Gen	3.75	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$3.50	
CLONAZEPATE DIPOTASSIUM 7.5	13107-0320-01	N	AUROBINDO	100.000	TAB	25	N	N	\$0.0000	\$2.8439	\$0.2219
CLONAZEPATE DIPOTASSIUM 7.5	13107-0320-01	N	S04025	Rx Gen	7.5	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$3.75	
DEMEHYLPHEMIDATE 10 MG TA	27808-023-01	N	TRIS PHARM	100.000	TAB	36	N	N	\$0.0000	\$1.4000	\$0.4075
DEMEHYLPHEMIDATE 10 MG TA	27808-023-01	N	S01812	Rx Gen	10	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$2.50	
DEXTROAMP-AMPHETAMINE 10 MG	00185-0842-01	N	SANDOS	100.000	TAB	927	N	N	\$0.2968	\$1.7140	\$0.1780
DEXTROAMP-AMPHETAMINE 10 MG	00185-0842-01	N	S03193	Rx Gen	10	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$2.25	
DEXTROAMP-AMPHETAMINE 20 MG	0555-0973-02	N	TRVA USA	100.000	TAB	485	N	N	\$0.0000	\$1.7140	\$0.1834
ESTAZOLAM 1 MG TABS	70954-480-10	N	S03204	Rx Gen	20	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$2.25	
ESTAZOLAM 2 MG TABS	70954-481-10	N	ANI PHARMA	100.000	TAB	140	N	N	\$0.0000	\$5.9193	\$0.6526
ESTAZOLAM 2 MG TABS	70954-481-10	N	S02124	Rx Gen	1	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$1.80	
ESZOPICLONE 2 MG TABS	65862-948-01	N	ANI PHARMA	100.000	TAB	78	N	N	\$0.0000	\$5.9193	\$0.6185
ESZOPICLONE 2 MG TABS	65862-948-01	N	S02125	Rx Gen	2	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$2.78	
ESZOPICLONE 3 MG TABS	33342-301-11	N	AUROBINDO	100.000	TAB	50	N	N	\$0.0000	\$11.6747	\$0.1288
ESZOPICLONE 3 MG TABS	33342-301-11	N	S01087	Rx Gen	2	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$1.25	
ESZOPICLONE 3 MG TABS	33342-301-11	N	MACGONDS	100.000	TAB	165	N	N	\$0.0000	\$12.1613	\$0.1502
ESZOPICLONE 3 MG TABS	33342-301-11	N	S01088	Rx Gen	3	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$1.50	
LOXAZEPAM 0.5 MG TABS	*69315-304-10	N	LEADINGS PH	1000.000	TAB	14	N	N	\$0.0000	\$0.6400	\$0.0219
LOXAZEPAM 0.5 MG TABS	*69315-304-10	N	S02293	Rx Gen	0.5	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$0.75	

Inventario
AMSSCA
(Anual)/
Cambio de
Regente

DRUG INVENTORY REPORT LISTING
Drug Inventory Summary by DEA Class
Tue May 20, 2025

DRUG/ NDC	PROD. CODE	DEA/ TAX	LABELER/ GENERIC	PACKAGE/ TYPE	FORM/ STRENGTH	ON-HD/ ONS	340B	MAC	AMT	COST	VENDOR NAME
LOGAZEPAM 1 MG TABS		4	LEADING PH	1000.000	TAB	1700	N	N	\$0.0000	\$0.8432	\$0.0270
69315-905-10		N	502300	Rx Gen	1	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$0.85	
LOGAZEPAM 2 MG TABS		4	LEADING PH	1000.000	TAB	1230	N	N	\$0.0000	\$1.1526	\$0.0443
69315-905-10		N	502301	Rx Gen	2	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$0.90	
MORPHINE 50 MG/ML VIAL		2	HICKMA PHAR	1.000	SOLN	8	N	N	\$9.9900	\$3.1704	\$3.7348
0641-6053-23		N	504622	Rx Gen	50	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$9.00	
METHYLPHENIDATE 10 MG TAB		2	KVK TECH	100.000	TAB	510	N	N	\$0.1754	\$1.0279	\$0.2437
10702-0101-01		N	501842	Rx Gen	10	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$2.00	
METHYLPHENIDATE HCL XR (OSM 2		2	TRIGEN LAB	100.000	TAB	30	N	N	\$9.5000	\$3.8770	\$0.6960
13811-0708-10		N	504355	Rx Gen	30	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$9.50	
MIDAZOLAM HCL 5 MG/ML SOLN		4	HICKMA PHAR	1.000	SOLN	17	N	N	\$0.0000	\$1.4400	\$1.4224
00841-6061-25		N	504700	Rx Gen	5	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$5.00	
MIDAZOLAM HCL 5 MG/ML VIAL		4	ECSPIRA	2.000	SOLN	26	N	N	\$0.0000	\$0.8139	\$0.6780
0409-2308-02		N	524341	Rx Gen	10	0/	0	Fixed Retail Price: 2 for		\$7.00	
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-3 2		2	ALVOGEN	100.000	TAB	10	N	N	\$0.1849	\$1.1687	\$0.0665
47781-0196-01		N	501130	Rx Gen	5-325	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$2.00	
PERMTHEMINE 37.5 MG TABLET		4	KVK TECH	100.000	TAB	420	N	N	\$0.1689	\$1.5425	\$0.0666
10702-0025-01		N	502213	Rx Gen	37.5	100/	70	Fixed Retail Price: 1 for		\$1.00	
PERMTHEMINE HCL 15 MG CAPS		4	SUNRISE PH	100.000	CAP	40	N	N	\$0.0000	\$0.3354	\$0.1005
11534-157-01		N	502212	Rx Gen	15	0/	0	01-1			
PREGABALIN 100 MG CAPS		5	AMNHAL	90.000	CAP	120	N	N	\$0.0000	\$8.4274	\$0.0618
69238-1313-9		N	501607	Rx Gen	100	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$0.95	
PREGABALIN 150 MG CAPS		5	AMNHAL	90.000	CAP	116	N	N	\$0.0000	\$8.4274	\$0.0684
69238-1314-9		N	501608	Rx Gen	150	0/	0	01			
PREGABALIN 200 MG CAPS		5	AMNHAL	90.000	CAP	180	N	N	\$0.0000	\$8.4274	\$0.0960
69238-1315-09		N	501609	Rx Gen	200	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$1.25	
PREGABALIN 225 MG CAPS		5	AMNHAL	90.000	CAP	330	N	N	\$0.0000	\$8.4274	\$0.0936
69238-1316-9		N	501611	Rx Gen	225	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$1.25	
PREGABALIN 25 MG CAPS		5	AMNHAL	90.000	CAP	90	N	N	\$0.1688	\$8.4274	\$0.0528
69238-1310-02		N	501604	Rx Gen	25	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$0.65	
PREGABALIN 25 MG CAPS		5	DR. REDDY'S	90.000	CAP	60	N	N	\$0.2232	\$8.4273	\$0.3034
43598-0291-90		N	501604	Rx Gen	25	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$0.65	
PREGABALIN 50 MG CAPS		5	AMNHAL	90.000	CAP	210	N	N	\$0.2763	\$8.4274	\$0.0541
69238-1311-02		N	501605	Rx Gen	50	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$0.75	
PREGABALIN 75 MG CAPS		5	AMNHAL	90.000	CAP	480	N	N	\$0.0000	\$8.4274	\$0.0578
69238-1312-9		N	501606	Rx Gen	75	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$0.85	
PROMETHAZINE-CODEINE 6.25-1 5		5	TRIS PHARM	473.000	SOLN	96	N	N	\$0.0572	\$0.0693	\$0.0269
27808-0065-02		N	504973	Rx Gen	6.25-10	0/	0	Fixed Retail Price: 30 for		\$8.00	
TEMAZEPAM 15 MG CAPS		4	ACTAV PHAR	500.000	CAP	1177	N	N	\$0.0883	\$0.7061	\$0.0619
00228-2076-50		N	502430	Rx Gen	15	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$0.80	
TEMAZEPAM 30 MG CAPS		4	ACTAV PHAR	500.000	CAP	1302	N	N	\$0.1005	\$0.8544	\$0.0721
0226-2077-50		N	503431	Rx Gen	30	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$0.90	
TRAMADOL HCL 50 MG TABS		4	ADVAGEN PH	1000.000	TAB	1773	N	N	\$0.0000	\$0.6251	\$0.0294
72888-080-00		N	502120	Rx Gen	50	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$0.75	
TRAMADOL-ACETAMINOPHEN 37.5- 4		4	AUROGRINDO	500.000	TAB	482	N	N	\$0.0000	\$1.0244	\$0.0674
53862-222-05		N	502954	Rx Gen	37.5-325	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$1.00	
ZOLPIDEM TARTRATE 10 MG TAB 4		4	TORRENT PH	1000.000	TAB	13	N	N	\$0.0000	\$4.6251	\$0.0227
13668-008-10		N	500620	Rx Gen	10	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$1.10	
ZOLPIDEM TARTRATE XR 12.5 M 4		4	SUN PHARMA	100.000	TAB	324	N	N	\$0.5970	\$6.1163	\$0.1052
47335-0308-88		N	500522	Rx Gen	12.5	0/	0	Fixed Retail Price: 1 for		\$2.00	

[Handwritten signature]

Entregado por

Recibido por: Jorge Alencar Haldonado
[Handwritten signature]

Inventario cambio de Regente/Renuncia

- Regente a Regente
- ¿Qué sucede si no hay un farmacéutico contratado cuando usted renuncie?
 - Dueño de Farmacia es responsable de hacer este inventario junto a usted, quédese con copia y firma de ambos.
 - Sí el dueño no está disponible para realizar el inventario, se puede realizar con un gerente de piso o persona asignada por el dueño. Usted va a realizar el inventario junto con la persona y un testigo (técnico de farmacia), firman los tres y se queda con copia.
 - De no poder haber nadie presente de administración para recibir los controlados: realiza inventario con técnico de Farmacia como testigo. Se queda con copia y especifica la razón de que no había nadie disponible de administración para recibir los controlados. Enviar email a investigaciones para que informe la situación:
investigaciones@salud.pr.gov

Puntos importantes DEA y Oficina Investigaciones Sustancias controladas

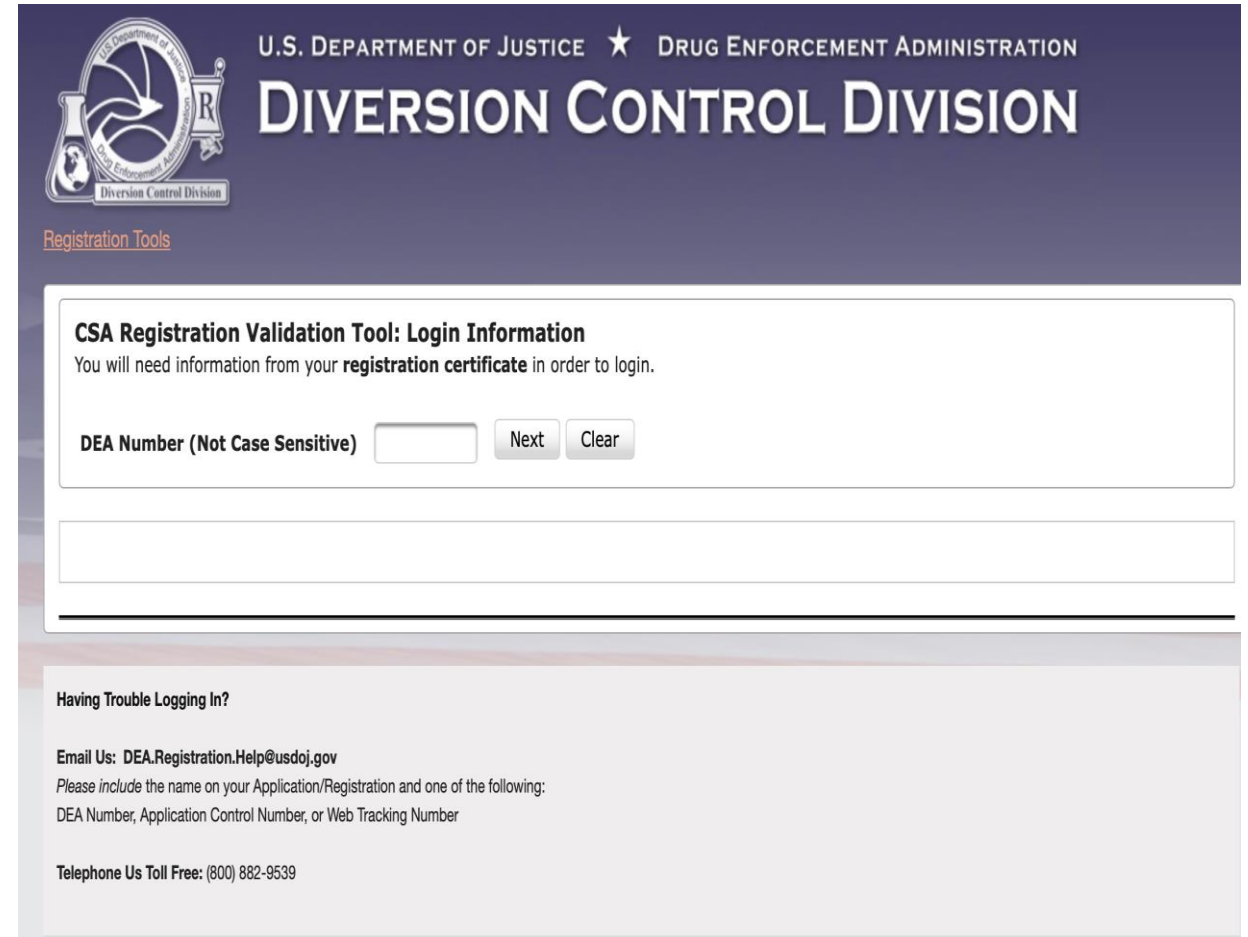
- Los medicamentos controlados categorías 3,4,5 deben estar colocados dispersos en las góndolas del recetario. Solamente pueden estar juntos si están bajo llave.
- Leer el manual del farmacéutico del DEA y otras herramientas que ellos proven en su página para evitar multas.
- Toda receta controlada debe tener la dirección física actual de donde vive el paciente, aunque el ID sea diferente (puede aceptar la receta).
- Certificado de Combat methamphetamine Act debe estar junto con las otras licencias.
- La factura de controlados, debemos añadirle al lado de la fecha la hora en que recibimos las mercancía en recetario.

- Los inventarios anuales de Oficina de Investigaciones y el Bianual de DEA no se descartan. Deben tener una copia en sus registros o en gaveta de cumplimiento. El inventario de DEA debe ser en el formato que DEA recomienda.
- Archivo separado de recetas y facturas. Las recetas control 2 aparte de las control 3,4,5. Las facturas de control 2 se archivan con sus hojas 222/Hojas de oficina de investigaciones y se completa la parte de la cantidad recibida y fecha (fecha de recibo de la mercancía y no de la factura). Las facturas control 3,4,5 se archivan aparte de las de control 2. Las recetas y las facturas de controlados deben tener un lugar asignado (usualmente una gaveta de controlados).
- La **letra C roja** de controlados debe medir exactamente 1" pulgada y debe estar colocada en la parte inferior derecha de la receta. NO puede estar ponchada en otro lugar.
- El procedimiento de sustancias controladas debe estar en la gaveta de cumplimiento.

- No se permite usar tinta blanca o “liquid paper” en facturas, recetas, libro de controlados, hojas 222 y hojas oficina de investigaciones.
- Sí tenemos alguna duda con la receta controlada y la procedencia de la misma y validamos la información con el médico, debemos documentar la intervención realizada en la receta y en sistema.
- Los medicamentos controlados se recuentan y se valida al momento del despacho que estamos cuadrados.
- PMP debemos estar registrados como Farmacéuticos y nuestro equipo debe estar registrado como delegados. Para evitar errores, importante completar los records de los pacientes con la información completa: teléfonos, dirección, identificación, alergias, etc.

DEA Validation Tool

- Herramienta que nos permite validar la dirección registrada del medico. Esta dirección es la que debe aparecer en las recetas, a menos que su licencia este registrada como de institución, entonces la dirección que debe aparecer es la de la institución. Si el médico tiene 2 direcciones registradas con el DEA (oficina privada e institución) y este paciente es atendido en la institución hospitalaria esa es la dirección que debe utilizar y no la de su oficina privada.
- Nos permite ver también que tipo de controlados el medico puede despachar.
- Nos permite ver sí la licencia está activa y cuándo se expira.



The screenshot shows the official website of the U.S. Department of Justice, Drug Enforcement Administration, Diversion Control Division. The header includes the department's name and the division's title. Below the header, there is a link for "Registration Tools". The main content area is titled "CSA Registration Validation Tool: Login Information" and instructs users that they need information from their registration certificate to login. It features a text input field for the "DEA Number (Not Case Sensitive)" and two buttons, "Next" and "Clear". Below this is a large empty rectangular box. At the bottom, a section titled "Having Trouble Logging In?" provides contact information: an email address (DEA.Registration.Help@usdoj.gov), instructions to include the name on the application/registration and one of the following identifiers (DEA Number, Application Control Number, or Web Tracking Number), and a toll-free telephone number (800) 882-9539.

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE ★ DRUG ENFORCEMENT ADMINISTRATION
DIVERSION CONTROL DIVISION

[Registration Tools](#)

CSA Registration Validation Tool: Login Information
You will need information from your **registration certificate** in order to login.

DEA Number (Not Case Sensitive)

Having Trouble Logging In?

Email Us: DEA.Registration.Help@usdoj.gov
Please include the name on your Application/Registration and one of the following:
DEA Number, Application Control Number, or Web Tracking Number

Telephone Us Toll Free: (800) 882-9539

Jose Figueroa Practice
CALLE PLINIO PETERSON 554, Vieques, PR 00765 (p) (787) 223-1687 | (f) (939) 709-1006

PATIENT



PROVIDER

Jose F Figueroa, MD

NPI: 1912966102

State licensing #: 13684

DEA: BF7017317

M54.9
M54.5



Earliest Fill Date: 12/29/2025

Prescription Date: 12/29/2025

Percocet 5-325 MG Oral Tablet

SIG: 1 tablet orally every 12 hours as needed

Refills: 0

Quantity: 90 (ninety) tablets

Days supply: 30

M1/35305
BF7017317

[Signature]

C
8/12/29/25

Substitution permitted

Dispense as written

Registrant Verification For
FIGUEROA, JOSE F MD

DEA Number: BF7017317

Expiration Date: 09/30/2027

Additional Company Info:

Registered Address: CALLE PLINIO PETERSON #554

City: VIEQUES

State: PR

Zip Code: 00765

Business Activity: PRACTITIONER

DEA Schedules: 2 2N 3 3N 4 5

Payment Indicator: Paid

Registration Status: ACTIVE

Date of Verification: 12/29/2025



This Primary Source Verification was obtained from the Drug Enforcement Administration's Controlled Substance Act Registrant Database.

Drug Enforcement Administration • Diversion Control Division • 75 Morrisette Dr, Springfield, VA 22152

Validación de DEA

- Un farmacéutico debe confirmar que una receta es válida y no fraudulenta antes de dispensar el medicamento. Para confirmar la validez de la receta de una sustancia controlada, el farmacéutico deberá verificar el número DEA del proveedor. Sin embargo, existe un método que se puede utilizar para verificar manualmente el número DEA de un proveedor.
- Recuerde que un número de la DEA consta de 2 letras, 6 números y un dígito de control. Un dígito de control es el último dígito del número DEA que se puede utilizar para verificar su autenticidad. La primera letra identifica a qué tipo de proveedor pertenece el número de la DEA. La segunda letra debe coincidir con la primera letra del apellido del proveedor. Para verificar los seis números con el dígito de control, se debe calcular lo siguiente:
- Suma el primer, tercer y quinto dígito.
- Suma el segundo, cuarto y sexto dígitos. Multiplica la suma por 2.
- Sume los totales del Paso 1 y el Paso 2.
- Verifique que el último dígito del resultado del Paso 3 coincida con el dígito de control del número DEA.

- Dra. Esmeralda Snape Velez prescribe Percocet 5mg/325mg al Sr. Belardo Bellatrix para dolor crónico. El DEA en receta es CS4861375.
- 1) $4 + 6 + 3 = 13$
- 2) $8 + 1 + 7 = 16 \times 2 = 32$
- 3) $13 + 32 = 45$
- 4) El ultimo dígito del paso 3 es 5 y el ultimo dígito del número de DEA es 5.
- 5) Puede proceder a despachar receta DEA validado.

- Dr. Rodrigo Longbotton Potter prescribe Vicodin 5mg/325mg #60 1 tableta dos veces al día a la Sra. Marianne McGonagall Sprout para dolor crónico. El DEA en receta es BP4864379.

Segunda letra del número de DEA no concuerda con la primera letra del primer apellido del medico. No despachar. (P/ Longbotton)

$$4 + 6 + 3 = 13$$

$$8 + 4 + 7 = 19 \times 2 = 38$$

$$38 + 13 = 51$$

1 no concuerda con el ultimo dígito control del DEA que es 9.



Departamento de Salud

Secretaría Auxiliar para Regulación de la Salud Pública (SARSP)

División de Facilidades de Salud

Sección de Licenciamiento de Farmacias, Medicamentos y Registro de Medicamentos

Hoja de Inspección: Farmacia de Comunidad

Fecha: _____ Hora: _____ Certificación de Inspección: _____

I. Información General (RA:7.01d)

1. Nombre de la institución:	_____	# de Licencia:	_____
2. Dirección:	_____		
	Calle	Número	Pueblo Zip Code
3. Propietario:	_____		
	(Especifique: nombre de sociedad, corporación, asociación o individuo)		
4. Dirección residencial:	_____		
5. Dirección postal:	_____		
6. Recetario abierto, hay farmacéutico presente:	_____	(RA: 1.04L, 2.06a/f, 7.03a, 7.04b, 7.07a, 8.01a, 8.07a, 8.08 a/c)(LA:5.10c/d)	
7. Farmacéutico Regente(RA:2.06c):	_____	# de lic.	_____
8. Dirección Residencial:	_____	# de Registro:	_____
9. Dirección Postal:	_____		
10. Otros Farmacéuticos:		# de Registro:	# de licencia
A	_____	_____	,
B	_____	_____	,
C	_____	_____	,
11. Técnicos de Farmacia:			
A	_____		
B	_____		
C	_____		
12. a)Horario y días de trabajo de la institución:			
Días:	Horario:		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
_____	_____		
13. Solo personal autorizado en el área del recetario:	_____ (LA:5.10b;1f)		
14. Documentos que deben de estar visibles: (RA:2.02d/j, 7.01d)(LA:5.10b;1e)			
	Vigente:		
*Permiso de Uso:	_____		
*Endoso de Bomberos:	_____		

b) Volumen estimado de recetas diarias: _____

Visita Departamento de Salud

	Vigente:	Fecha de vencimiento:
*Licencia Sanitaria:	_____	
*Lic. Biológicos:	_____	_____ (RA:9.03)
*Lic. Narcóticos Estatal:	_____	_____
*Lic. Narcóticos Federal:	_____	_____
*Autorización Especial para Administración de Vacunas:	_____	_____ (RA:9.06)
*Vacunación Extramuros:	_____	_____ (RA:9.07)
*Registro de Comerciante:	_____	_____
*Patente Municipal:	_____	_____
15. La información del Farmacéutico(a) Regente y Staff en la Licencia de Farmacia se encuentra actualizada: _____ (RA:1.04y, RA:2.06c/d/f, RA:7.01;d6/7, 7.03a)		
16. Nueva creación: número de registro de sustancias controladas de Investigaciones y DEA antes de 30 días luego de ser concedidos: _____ (RA:2.02,b5)		

II. Credenciales del personal (RA:7.01d)		Si	No	N/A
A. Farmaceutico Regente				
	1. Licencia de Farmacéutico			
	2. Retrato 3 x 5			
	3. Colegiación vigente			
	4. Registro de profesionales vigente			
(L101:A4i)	5. Certificado de salud vigente			
B. Otros Farmacéuticos				
	1. Licencia de Farmacéutico			
	2. Retrato 3 x 5			
	3. Colegiación vigente			
	4. Registro de profesionales vigente			
	5. Certificado de salud vigente			
C. Técnico de Farmacia/Interno de Tecnico (ver anejo I)				
	1. # de Técnicos de Farmacia: _____			
(RA:8.09c)	2. Proporción Rph/Tech 1:5 (LA:5.11d)			
	3. Licencia			
	4. Certificado de salud vigente			
	5. Registro de profesionales vigente			
D. Personal debidamente identificado (RA:7.01;d8, 7.03b)(LA:5.10e)				

III. Equipo Mínimo Necesario, Materiales y Referencias		
A. Libros de Referencias (última edición) (internet) (RA: 7.02j)(LA:5.10b;1b)		
	Si	No
1 'Orange Book'		
2 Terapia con medicamentos de receta		
3 Medicamento sin receta		
4 Leyes y Reglamentos aplicables		

B. Equipo Necesario y Procedimientos		Si	No	N/A
(RA:7.02i)1 (L145;S6e,S10)	Balanza digital o con sensibilidad con el juego de pesas con aprobación reciente de pesas y medidas			
(LA:5.10b;1a)2	Medidas graduadas (10ml, 25ml, 120ml, 500ml y 1000 ml)			
(RA:7.02i)3	Morteros de porcelana y cristal			
(LA:5.10b;1a)4	Espátulas (3), 2 de acero y 1 de bakelita			
(LA:5.10b;1a)5	Agitadores de cristal (1 peq y 1 grande)			
(LA:5.10b;1a)6	Embudos de cristal (1 peq y 1 grande)			
(LA:5.10b;1a)7	Contadores			
(RA:8.16)8	Archivo adecuado para la recetas			
(RA:9.03d)9	Refrigerador equipado con termómetro (temperatura: 35°F-46°F/2°C-8°C)			
(RA:9.03e)10	Registro de temperatura dos veces al día			
(LA:5.10,b1)11	Caja de seguridad de la droga controlada			
(RA:7.04a)12	Libro de ausencias del farmacéutico por emergencias			
(RA:7.05)13	Libro de ausencias del farmacéutico por periodo de toma de alimentos			
(RA:7.04b)14 (LA:5.10c)	Letrero: recetario cerrado por emergencia de farmacéutico' (2" alto-1/2" ancho)			
(RA:7.04c)15	Buzón para depósito de receta			
C. Plan de contingencia escrito (RA:7.02L)				
D. Procedimientos para el traspaso o disposición de medicamentos, recetas y expedientes de pacientes de ocurrir cambio de dueño/cese de operaciones (LA:5.10b;1c)				
E. Registro de entrega de medicamentos a domicilio (RA:7.04b, RA:8.10, RA:8.15b)				
1	Realizada por interno, técnico de farmacia o carrero			
2	El paciente renunció a la orientación del farmacéutico			
3	El paciente renunció a la entrega del medicamento por el farmacéutico			

IV. Planta Física

A. Recetario e Instalaciones Físicas (RA:7.02)		Si	No
(e)1	Iluminación y ventilación apropiada		
(e)2	Condiciones sanitarias adecuadas (libre de insectos y roedores)		
(f)3	Área para manejo y desecho de desperdicios en el interior del recetario		

		Si	No
(k)4	Equipado con aparatos sanitarios: inodoro, lavamanos, jabón, papel sanitario y papel toalla (fuera del recetario)		
(b)5	Permite el cierre por ausencia de farmacéutico		
(b)6	Sistema de alarma y/o camaras		
(c)7	Área de orientación confidencial		
(c)8	Distancia adecuada en el área consulta y el área de espera (ambas debidamente rotuladas)		
(n)9	Medicamentos no aptos para consumo, separados		
10	Contrato vigente con la compañía que decomisa los medicamentos		
(h) 11	Mesa de trabajo con topé impermeable		
(h) 12	Fregadero con agua caliente		
(RA:8.12L)13 (LA:5.03c)	Lista de 25 medicamentos de uso más frecuente (bioequivalentes y precios)		
(d)14	Área del recetario y medicamentos sin receta separadas del área de bebidas alcohólicas y productos de tabaco		

V. Recetas	(Ver Anejo II)	Si	No
(RA:8.03a)1	Fecha de expedición		
(RA:8.03a)2	Información del paciente		
(RA:8.03a)3	Información del médico: nombre, dirección, tel., # de licencia, # de lic de controlados (si aplica)		
(RA:8.03a)4	Medicamento: dosis, cantidad, instrucciones de uso		
(RA:8.03a)5	Firma del médico de puño y letra (Salvo una receta generada y transmitida electrónicamente)		
(RA:8.12)6 (LA:5.03)	Información de intercambio de medicamentos bioequivalentes		
(RA:8.09d)7	Firma del farmacéutico (parte inferior derecha frente a la receta y bioequivalencia)		
(RA:8.09a/b)8	Orientación al paciente por farmacéutico (RA:8.15)		
9	Cantidad de recetas verificadas		

VI. Rotulación del Medicamento Dispensado Mediante Receta			
	(RA:8.13)	Si	No
(c)1	Nombre, dirección y teléfono de la farmacia		
(c)2	Número de serie asignado a la receta		
(c)3	Fecha en que se dispensó		
(c)4	Nombre, potencia e indicaciones del medicamento		
(c)5	Nombre y apellido del paciente		
(c)6	Nombre y apellido del prescribiente		
(c)7	Lote y fecha de expiración del medicamento		

		Si	No
(c)8	Si hubo intercambio de medicamento: nombre de ambos medicamentos y 'bioequivalente a', o lenguaje similar. (RA:8.12)		
(d)9	Rótulos auxiliares		
(a)10	Envase adecuado para protegerlo del ambiente		

VII. Sistema Automatizado/Reempaque de Dosis Unitaria				
(RA:7.02g)		Si	No	N/A
1	Documentación: tipo de equipo, manufacturero, modelo, # de serie, normas y procedimientos para utilización			
2	Proceso digitalizado de recetas (electrónicas)			
3	Empleado utiliza huella digital para firmar			
4	Adiestramiento al personal			
5	Record de medicamentos usados, persona que lo llenó/cotejó			
6	Cumplir con empaque y rotulación			

VIII. Medicamentos Donados		
	Si	No
A. Tiene medicamentos donados:		
1. Procedimiento de manejo de los medicamentos		
2. Requisitos al paciente, procesamiento (plan médico , cargo por el despacho), evidencia de despacho		
3. Procedimiento, de estar expirado		
4. Entidad que donó el medicamento:		

IX. Registro de Ventas Sin Receta de Naloxona		
(OA#:402)		
	Si	No
A. Se realiza venta o distribución de Naloxona sin receta		
1. Tiene registro de los despachos del medicamento		
2. Documentación de la identificación presentada por parte del paciente		
3. Se realiza la venta sólo a adultos		
4. Se despacha y vende sin receta sólo las formulaciones aprobadas (Intranasal y autoinyectable)		
5. Evidencia de la notificación a la División de Medicamentos y Farmacia sobre la venta del medicamento al público		

X. Farmacéuticos y Técnicos de Farmacia

[illegible]

XI. Comentarios/Hallazgos

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. On the left side, there is a vertical margin line, creating a narrow left margin. The paper appears to be from a notebook or a standard ruled document. There is no handwriting or other markings on the page.

Leyenda

L: Ley, Ley 247: Ley de Farmacia Puerto Rico, R: Reglamento, Reglamento 156: Reglamento de la Secretaría de Salud, A: Artículo, Ley 101: Ley de Facilidades de Salud, S: sección, Ley 145: Ley de Pesas y Medidas del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, V: documento esta vencido, OA: Orden Administrativa

Anejo III

Muestreo de Medicamentos (RA:7.02(n))

Nombre medicamento	Concentración	Presentación	Tamaño	Num. lote	Fecha de Expiración	Cantidad (unidad venta)	Comentario / No apto Consumo
Hydroxyzine HCl	20 mg	tab	500	21022051A	5/25	1	
Proxicam	200 mg	CAP	100	086054	2/28/25	1	
Tapiracetam	250 mg	tab	300	25423002	Apr. 25	1	
Pericardine	500 mg / 12.5	tab	40	365418	4/25	1	
Tramadol	0.025%	lotion	60 ml	0523028	4/25	1	
Pemoline	190 mg	cream	30 g	8150320	5/25	1	
Paroxetine	20 mg	tab.		NO tiene # lote			ni cuando se re-envasea
Spiramycin	50 mg			NO tiene fecha de exp.			que se re-envasea
medicamento sin etiqueta				- hay 5 tabletas en frasco			
Enalapril	20 mg	tab		2307220	Reenvase		NO tiene fecha de re-envaseo
G-24 ncof	20/400	lig.	40 mg	831008	- Re-envase		NO tiene fecha de re-envaseo
Acyclovir	800 mg	tab.	-	NO	NO		NO tiene lote, fecha exp, fecha re-envaseo
Levoalbuterol	0.63	amp.	3 ml	23580	Exposición a la luz		
Atorvastatin	40 mg	tab.	-	3 da	NO tiene fecha de re-envaseo		
Fluphenazine	10 mg	tab.	-	NO tiene # de lote			

Certifico haber recibido copia del presente documento, titulado "Muestreo de Medicamentos (RA:7.02(n))", el mismo día en que se me hace entrega del Aviso de Infracción
 Número: _____ y el cual contiene hallazgos de la inspección realizada.

Nombre y Puesto

Firma

Hoja de Inspección: Farmacia de Comunidad

Anejo II:

Muestreo de Recetas (RA:8.16)

Mes	Año	# de Receta	Información del Paciente	Firma del Médico	Firma del Farmacéutico	Información de Bioequivalencia A: Fecha de Expiración de la Receta B: Firma del Paciente C: Firma del Médico D: Firma del Farmacéutico	Lote y Fecha de Expiración	Electrónica o Papel
06	25	1420972	Si	Si	Si	A: Si B: Si C: Si D: Si	Si	P
06	25	142075	Si	Si	Si	A: Si B: Si C: Si D: Si	Si	P
06	25	1421082	Si	Si	Si	A: Si B: Si C: Si D: Si	Si	P
06	25	1421083	Si	Si	Si	A: Si B: Si C: Si D: Si	Si	P
06	25	1421086	Si	Si	Si	A: Si B: Si C: Si D: Si	Si	P
06	25	1421088	Si	Si	Si	A: Si B: Si C: Si D: Si	Si	P
06	25	1421044	Si	Si	Si	A: Si B: Si C: Si D: Si	Si	P
06	25	1421045	Si	Si	Si	A: Si B: Si C: Si D: Si	Si	P
06	25	1421088	Si	Si	Si	A: Si B: Si C: Si D: Si	Si	P

Mes	Año	# de Receta	Información del Paciente	Firma del Médico	Firma del Farmacéutico	Informe con el Bioteg Valencia A: ¿Se cumplió con el paciente? B: ¿Se cumplió con el paciente? C: ¿Se cumplió con el paciente? D: ¿Se cumplió con el paciente?	Lugar y Fecha de Expiración	Expiración de Papel
06	25	1421034	Si	Si	Si	A: Si B: Si C: Si D: Si	Si	P
06	25	1421036	Si	Si	Si	A: Si B: Si C: Si D: Si	Si	P
06	25	1421015	Si	Si	Si	A: Si B: Si C: Si D: Si	Si	P

Certifico haber recibido copia del presente documento, titulado "Hoja de Inspección: Farmacia de Comunidad" el mismo día en que se me hace entrega del Aviso de Infracción Número: _____ y el cual contiene hallazgos de la inspección realizada.

Nombre y Puesto

Firma



División de Medicamentos y Farmacias
Hoja de Inspección Inicial: Virtual
Autorización Especial para Administrar Vacunas en la Farmacia
y Vacunación Extramuros

Fecha: 09/09/25 Hora: 9:00am Certificación de Inspección: MF-26-3527

I. Información General

1. Nombre de la Institución:	Farmacia Rey # 20	# de Licencia:	F-407795
2. Dirección:	Calle Benítez Guzmán # 52 Vieques PR 00765		
3. Propietario:	Calle	Número	Pueblo Zip Code
	Pharmacare, INC		
4. Dirección residencial:	Nombre de sociedad, corporación, asociación o individuo		
5. Dirección postal:	Lok 7 Calle B Zona Industrial Saint Just, Trujillo Alto PR 00976		
6. Farmacéutico Regente:	Jorge L. Allende Maldonado	# de Licencia:	6983
7. Dirección Residencial:	Bo Bravos de Boston #401 Vieques PR 00765	# de Registro:	244853
8. Dirección Postal:	Urb Vilas de Loiza #18 Calle 2PA Canóvanas PR 00929		
9. Farmacéuticos Inmunizadores:	# de Certificado de la Junta,	# de lic.	
A. Jorge L. Allende Maldonado	1609	6983	
B.			
C.			

10. Certificado para administración de vacunas, CPR (visibles), patógenos y oxígeno (todos vigentes)

	Si	No	N/A
*Farmacéutico A.	X		
*Farmacéutico B.			
*Farmacéutico C.			

11. Documentos que deben de estar visibles:

	Vigente:	Fecha de vencimiento:
*Permiso de Uso: PU 361921	X	10/30/27
*Endoso de Bomberos: INC. PU	X	10/30/27
*Licencia Sanitaria: INC. PU	X	10/30/27
*Lic. Biológico: PO 407823	X	1/4/27
*Registro de Comerciante: 0163747	X	4/30/26
*Patente Municipal: 000152102	X	6/30/26
12. Seguro de responsabilidad por daños al paciente:		7/30/24

CPD 361267

Inspección DS para
Vacunas

RH-44-21-04-0008+RN

II. Solicitud Inicial			
A. Normas y Procedimientos escritos	Si	No	N/A
1. Vacunas que se autorizan a ser administradas por el farmacéutico	X		
2. Edad y características del paciente	X		
3. Contraindicaciones y precauciones de las vacunas a administrar	X		
4. Cuando referir al paciente a otro profesional de la salud	X		
5. Proceso para la vacunación	X		
6. Procedimiento a seguir en caso de emergencia, reacción alérgica o efectos adversos	X		
7. Documentación y mantenimiento del récord del paciente	X		
8. Procedimiento para disposición de materiales y equipo contaminado	X		
9. Contrato para recogida de desperdicios biomédicos 100073527	X	Styckle	
10. Número de identificación como generador de desperdicios biomédicos DPH UC 7525 01 0294 RN 28	X		
11. Procedimiento para notificación al Departamento de Salud: cantidad de pacientes vacunados por edad, incidencia de alergias, reporte de eventos adversos, etc.	X		
12. Procedimiento para reportar evento adversos al sistema VAERS	X		
13. Guías para manejo y almacenaje de vacunas conforme al CDC	X		
14. Procedimiento para el manejo y almacenaje de vacunas en situaciones de emergencia	X		
B. Facilidad y Equipo			
1. Espacio adecuado en términos de limpieza y privacidad	X		
2. Iluminación adecuada	X		
3. Nevera refrigerador y congelador SEPARADOS			X
4. Termómetro certificado	X		
5. Registro de temperatura (dos veces al día): refrigerador y congelador	X		
6. Desfibrilador automático externo	X		
7. Medicamentos para resucitación:			
A. Epinephrine	X		
B. Diphenhydramine	X		
C. Methylprednisolone	X		
8. Tanque de oxígeno y equipo para administrar el mismo	X		
9. Otro equipo: guantes, gasas, curas, alcohol, algodón, jeringas (SC, IM)	X		
10. Orientación escrita, de cada vacuna, para el paciente, según el CDC	X		
11. Contenedor para desperdicios biomédicos (Sharp container)	X		
C. Vacunación Extramuros Aplica: Si <u>X</u> No			
1. Guías para manejo, transporte y almacenaje de vacunas conforme al CDC (Manejo de la cadena de frío)	X		
2. Procedimiento para el transporte de oxígeno o alternativas, por si es necesario durante una emergencia	X		

IV.-Certificación

Yo (Jorge L. Allende Maldonado) certifico que las imágenes y áreas mostradas durante el transcurso de la inspección virtual, llevada a cabo en la fecha abajo indicada, corresponden a la facilidad abajo identificada. Certifico, además, que las fotos y/o videos suministrados al Inspector Asesor de la División de Medicamentos y Farmacia corresponden a la facilidad objeto de la inspección.

De igual forma, se reconoce que, cualquier persona que viole voluntariamente y a sabiendas cualquier disposición de la Ley Número 247 de 3 de septiembre de 2004, según enmendada, conocida como Ley de Farmacia de Puerto Rico (la "Ley 247-2004") y el Reglamento de la Secretaría de Salud Núm. 156 Para la Operación de los Establecimientos Dedicados a la Manufactura, Distribución y Dispensación de Medicamentos en Puerto Rico, también identificado como el Reglamento Núm. 8703 del 18 de febrero de 2016, según registrado en el Departamento de Estado de Puerto Rico (el "Reglamento"), incluyendo, sin limitarse a suministrar información, datos, documentos o informes falsos que sean necesarios para lograr los propósitos de esta inspección, podrá ser penalizada con multas, sanciones y/o penalidades, conforme a la Ley Número 38 de 30 de junio de 2017, según enmendada, conocida como la Ley de Procedimiento Administrativo Uniforme del Gobierno de Puerto Rico, la Ley 247-2004 y el Reglamento.

Farmacia Ray #20
Nombre de la Facilidad:

Jorge L. Allende Maldonado
Nombre del Farmacéutico Regente/"Staff":

Jorge L. Allende Maldonado
Nombre del Dueño o Representante de la Facilidad:

Ldo. Arnaldo Colon
Nombre del Inspector:

arnaldo.colon@salud.pr.gov
Correo electrónico del Inspector:

F 407795
Número de Licencia:

Jorge L. Allende Maldonado
Firma:

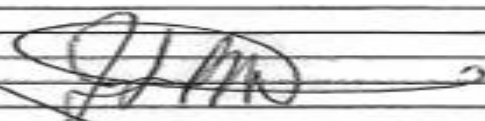
Jorge L. Allende Maldonado
Firma:

Firma:

787-968-3124
Teléfono de la Facilidad:

III. Resumen de Deficiencias

Nota: Someter plan de corrección antes de: _____ días a:
Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud
División de Medicamentos y Farmacias
3090 Marginal Ruiz Sole, Bayamón, Puerto Rico 00961-7329
Tel: (787) 765-2929, ext. 4773, 4770, 4749

A handwritten signature in black ink, appearing to be "J. M. A.", is written across the middle of the lined section of the form.



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

Secretaría Auxiliar para la Regulación de Salud Pública (SARSP)

Sección de Licentiamiento de Farmacias, Medicamentos y Registro de Medicamento

Sol: V. 46545

VE-46557

CERTIFICACIÓN DE INSPECCIÓN

Inspección Número: MF-26-3527

Fecha: 9 de septiembre de 2025

Nombre de la Facilidad: Farmacia Rey #20

Dirección: Calle Benito J. Guzmán #52, Vieques

PR 00765

Número de Licencia: F. 407795

Teléfono: 787-968-3524

Horas de Inspección	Total de Inspectores	Total Horas a Facturar	Tarifa	Total a Pagar
2	1	2	\$ 50.00	\$ 100.00

Nombre de Inspectores	Firma
Ldo. Arnaldo Colón Berlingeri	

Hora de llegada a la Facilidad: VIRTUAL

Hora que inicia la Inspección: 9:00am

Hora que terminó Inspección: VIRTUAL

Hora de salida de la Facilidad: 11:00am

CERTIFICACIÓN

Certifico que el Inspector (a) Arnaldo Colón Berlingeri ^{VIRTUAL} ~~acompañó~~ a nuestras facilidades con el propósito de realizar una inspección reglamentaria bajo el Programa de Medicamentos y Farmacias la cual finalizó a las 11:00 a.m. Para que así conste firmo este documento, hoy 9 de septiembre de 2025.

Ldo. Jorge L. Allende Maldonado Farmacéutico Regente

Nombre del Cliente o Rep. Autorizado

Título

Firma del Cliente o Rep. Autorizado

El cobro y costo de la inspección se realiza conforme al Reglamento Número 97 del Secretario de Salud del 11 de junio de 1999, que reglamenta las sumas a ser cobradas por el Departamento de Salud y sus dependencias, por la prestación de servicios, endosos e inspecciones y la recuperación de costos y gastos razonables relativos a la inspección y la clausura de estructuras.

Instrucciones para el pago de Inspección

Favor de emitir el pago mediante giro postal o cheque certificado a nombre del **Secretario de Hacienda**, por correo o personalmente mediante tarjeta ATH, Visa, Master Card.

Para pagos en oficina: Lunes a Viernes de 8:00 am-11:30 am y 1:00 pm-3:30 pm

Dirección Postal:

Departamento de Salud
Secretaría Auxiliar para la Regulación de la Salud Pública (SARSP)
1506 Avenida Ponce de León, Santurce
San Juan, Puerto Rico 00909

Debe efectuar el pago acompañado de este documento.

"CHECKLIST" AUDITORIAS CUMPLIMIENTO	v
1. Todas las licencias al día incluyendo el Combat	
A) Licencias del farmacéutico y el equipo de trabajo con foto	
B) Licencias del establecimiento	
2. FWA, CMS	
3. OIG	
4. Manual de Cumplimiento	
A) Ley Hipaa	
B) Política despachos parciales y medicamentos no recogidos	
C) Errores en medicación	
D) Plan de Contingencia	
5. Adherencias	
6. Temperatura de nevera, no alimentos	
7. Área de Expirados Identificada	
A) No hay medicamentos expirados en las gondolas	
B) Copia contrato Pharmalogistic	
8. Área de Consulta al paciente	
9. Orange Book, Pharmacopea, Facts and Comparison, Manual Referencia OTC	
10. Daco al día	
11. Libros de Farmacéutico Ausente y Almuerzo. Tiene que tener firmas	
12. Los 25 más vendidos	
13. Cartelón de Farmacéutico Ausente. Siempre que salga el farmacéutico del recetario debe ser colocado en la ventanilla de entrega de medicamentos.	
14. Libro Pseudoephedrina y Naloxone	
15. Línea Amarilla	
16. Balanza	
17. Probetas	
18. Morteros y agitadores	
19. Ventanillas Rotuladas	
20. LGTT	
21. Horario de operación de la farmacia	
22. Seguro de la Farmacia	
23. Good standing Corporativo	
24. La ley de farmacia 247 y la ley 4 de sustancias controladas	
25. Página del colegio de farmacéuticos como referencia	
26. Página de salud como referencia	
27. Recetas archivadas y firmadas	
28. Registro de visitas Smartsheet	
29. Buzones de Sugerencia (QR code) y recetas (aplicación)	
30. Iluminación apropiada	
31. Aire acondicionado en función	
32. Fregadero agua caliente	
33. 300 más vendidos	

"Checklist" cumplimiento recetario

R 20

Licencias, Protocolo
Sustancias Controladas
Sobre Manila Otros Protocolos

**Gaveta de cumplimiento
Sobre manila**



Sobre manila

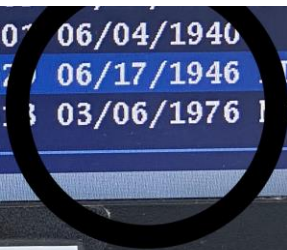
1-Autorización para Firmar (SARAFS y declaración jurada.	12- Procedimiento para el Cese de operaciones o cambio de dueño.
2- Power of attorney for DEA Forms 222 and electronic orders.	13- Drug enforcement Administration Registration CSA Data (Validation Tool)
3- Patente Municipal	14- Registro de comerciante
4- Forma PR OSHA-300A (Resumen de lesiones y enfermedades ocupacionales)	15- Permiso Único
5- Documentos de autorización especial	16- Certificate of Liability Insurance
6- Certificado Combat Metamphetamine Epidemic Act Requirements	17- Certificado desperdicios biomédicos
7- Licencia de Farmacia de Comunidad	18- Contrato Biomedical Waste Service Agreement
8- Licencia Autorizacieon Especial para administrar vacunas en Farmacia	19- Licencia DEA (Controlled substance registration certificate)
9- Licencia Autorizacieon Especial para administrar vacunas extramuros	20- Certificado de Registro Sustancias Controladas para Farmacia (SARSP)
10- Manual de procedimientos y normas de vacunación	21- Licencia conservación y registro de productos biológicos
11- Certificado de Sistema Electrónico de Vacunacieon de PR (PREIS)	22- Protocolo Medidas de seguridad física, manejo y despacho de sustancias controladas.

Auditorías de PBM/ Aseguradoras

- Buscan que las recetas cumplan con lo requerido por ley.
- Buscan recuperar dinero pagado sí las recetas no cumplen con lo establecido por ley.
- Le restan a la farmacia dinero de sus próximos pagos hasta que se salde el monto.

LAS 10 CORRECTAS PARA EVITAR ERRORES EN EL PROCESAMIENTO DE RECETAS

PACIENTE CORRECTO (DOB)	MEDICO CORRECTO CORRECTO LICENCIA	MEDICAMENTO CORRECTO	DOSIS CORRECTA	CANTIDAD O EMPAQUE CORRECTO	INDICACIONES CORRECTAS	DIAS CORRECTOS	ORIGIN CODE CORRECTO	DAW CORRECTO	FECHA CORRECTA
-------------------------------	---	-------------------------	-------------------	--------------------------------	---------------------------	-------------------	-------------------------	-----------------	-------------------

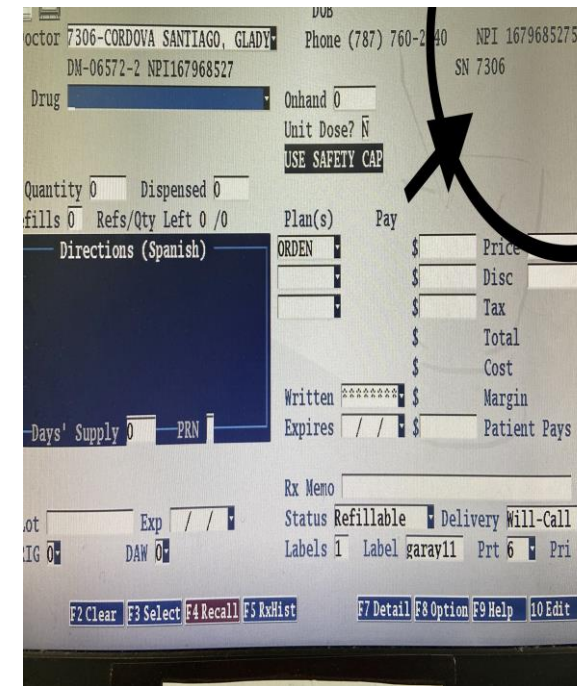
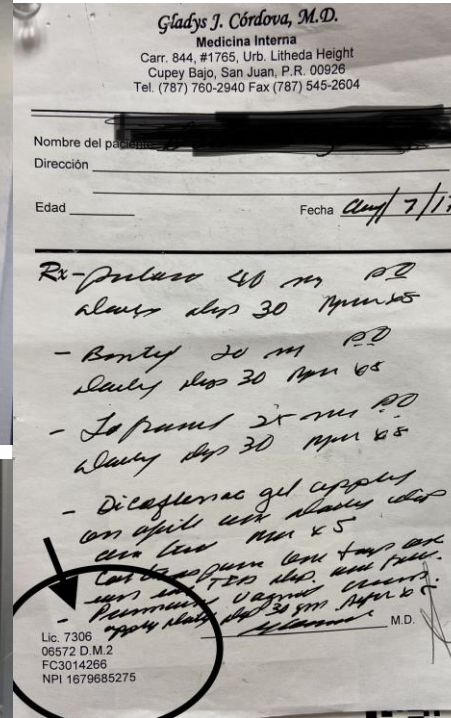
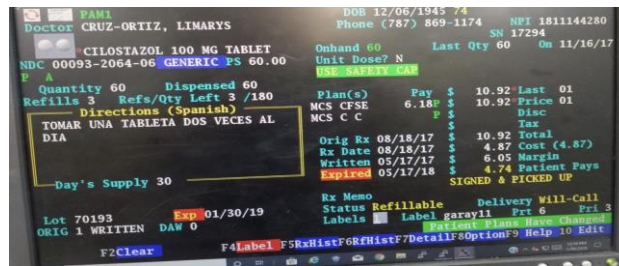
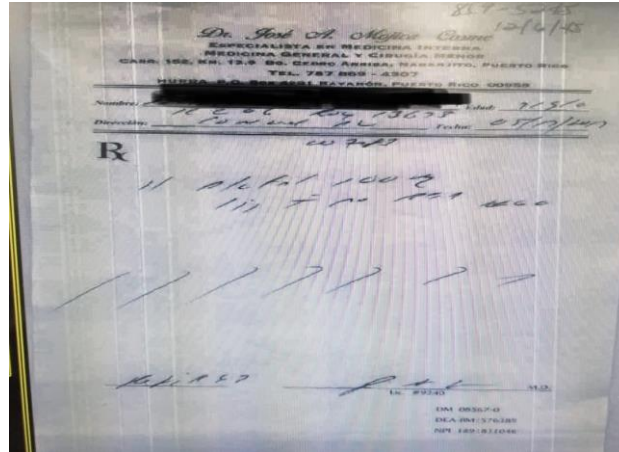


8.	PEREZ RODRIGUEZ, MARIA	EDIF 7 APT 64	748-4307	06/04/1940	
9.	PEREZ RODRIGUEZ, MARIA A	CALLE FRANCISCO KING	755-627	06/17/1946	LAN002
10.	PEREZ RODRIGUEZ, MARIA P	C/ CELINAS # 534	319-861	03/06/1976	ES/REF.
VIEW:F7-PatientDetail SELECT:Ltr,Nbr,Enter EXIT:ESC					

**PACIENTE
INCORRECTO**

- VERIFICAR AL PACIENTE POR SU FECHA DE NACIMIENTO
- AL ENTREGAR LA RECETA AL PACIENTE LLAMARLO POR AMBOS APELLIDOS.

MEDICO INCORRECTO



- POR MEDIO DE SUS LICENCIAS PUEDES CONFIRMAR QUE EL MEDICO ES EL CORRECTO. SI LA RECETA LE FALTA ALGUNA DE LAS LICENCIAS FAVOR DE DOCUMENTARLAS AL DORSO.

REY #2

RPh ZOR Tech Rx Edit/Label Login: ZOR

Patient LOZADA GUADALUPE, CARMEN
LLEVA LEVOXYL
Doctor Marti

METFORMIN HCL 500 MG TABS
NDC 2315-0102-10 GENERIC PS 1000
P APREF 30X75480
Quantity 30 Dispensed 30
Refills 3 Refs/Qty Left 3 /90

Directions (Spanish)
TOMAR UNA TABLETA DIARIA

Days' Supply 30 PRN

Lot x01470 Exp 06/30/22
ORIG 3 ESCRIPT DAW 0

HYDROCHLOROTHIAZIDE 12.5 MG TABLET
NDC 00228-2820-11
DAW: 0
Refills: 3
QTY: 90 DS: 90 01/15/20
Una tableta po diaria

Press ALT-I for Image Control

F1 AddRx F2 Undo F4 TpCalc F5 RxHist F7 Detail F8 Option F9 Help 10 Edit

MEDICAMENTO INCORRECTO

- AL PROCESAR LA RECETA YA SEA ELECTRONICA O FISICA DEBEMOS OBSERVAR QUE MEDICAMENTO CORRECTO.

RPh **RTR** Tech ☐ Prescription Fill ☒ Login: RTR

Patient Rx # 87332

Doctor **DIAZ MD. MARTA** Phone (787) 756-4646 NPI 192204820 SN 13331

INVOKANA 100 MG TABS Onhand 0
 NDC 504-0140-30 BRAND PS 30 00 Unit Dose? N
 P M **PREF** USE SAFETY CAP

Quantity 30 Dispensed 30
 Refills 3 Refs/Qty Left 3 /90

Plan(s) Pay
 PRO/ABAR \$ 1492.92 Price 01
 \$ Disc
 \$ Tax
 \$ 1492.92 Total
 \$ 479.21 Cost
 Written 02/13/18 \$ 1013.71 Margin
 Expired 02/13/19 \$ Patient Pays

Directions (Spanish)
TOMAR UNA TABLETA DIARIA

Days' Supply 30 PRN

Lot 19AG043 Exp 10/31/21
 ORIG 1 WRITTEN DAW 0

Rx Memo
 Status Refillable Delivery Will-Call
 Labels 1 Label garay11 Prt 6 Pri

F2 Clear F3 Calndr F4 TpCalc F5 RxHist F7 Detail F8 Option F9 Help 10 Edit

NEW E-SCRIPT PRESCRIPTION 02/13/2018 12:16:00

SIGNED BY

1 CGUAS PR
 Cagn... 00725

INVOKANA 300 MG TABLET
 NDC 50458-0141-30
 Qty 30 (Thirty) UOM Tablet
 Refills 3 Written 02/13/18
 take 1 tablet(s) by oral route once a day

DAW 1=PHYSICIAN

erx trace 933653 20180213 161600,0 Rx 678594

DOSIS INCORRECTA

PROCESAR LA DOSIS CORRECTA

CALLE D SUR 111
BARIADA NUEVA
Gurabo PR 00778

DOB 02/06/1949 Sex F

PRESCRIBED DEXTRISONE TOPICAL CREAM
NDC 00085-924-02
Qty 60 (Sixty) UOM Gram
Refills 0 Days Supply 20 Written 01/16/19
Apply 1 cream(s) by topical route three times a day

DAW 0=NOT SPECIFIED

erx trace 8947712 20190116 125639,0 Rx 632193

CLOTRIMAZOLE-BETAMETHASONE
NDC 16714-0496-02 GENERIC \$ 45.00
P **PREF**
Quantity 60 Dispensed 60
Refills 0 Refs/Qty Left 0/0
Directions (Spanish)
Days' Supply 60 PRN
Lot 332237 Exp 06/30/21
ORIG 0 DAW 0

Dr. PAEZ GONZALEZ
Drug CP-PRESSG /DEXAMET
CMPD 99999-9999-3 \$ 180.00
P A
Quantity 240 Dispensed 240
Refills 0 Refs/Qty Left 0/0
Directions (Spanish)
TOMAR UNA CUCHARADITA CADA SEIS HORAS
Days' Supply 12

DOB 12/21/1968 50
Phone (787) 725-8534 NPI 1992714133
Onhand -840 Last Qty 240 On 06/25/19
Unit Dose? N 163 Day's Past Due
USE SAFETY CAP

Plan(s) Pay \$ 10.22*Last 01
MCS/FLEX 5.22P \$ 10.22*Price 01
\$ Disc
\$ Tax
Orig Rx 06/25/19 \$ 10.22 Total
Rx Date 06/25/19 \$ 3.56 Cost (3.56)
Written 06/25/19 \$ 6.66 Margin
Expires 06/24/20 \$ 5.00 Patient Pays
SIGNED & PICKED UP

Rx Memo
Status Refillable Delivery Will-Call
Labels 1 Label garayll Prt 6 Pri 3

Lot 115436 Exp 02/20/20
ORIG 1 WRITTEN DAW 0

F1AddRx F2Clear F3SelectF4Label F5RxHist F7DetailF8OptionF9 Help 10 Edit

Pedro P. Paez Gonzalez, M.D.
MEDICINA INTERNA
CP-PRESSG /DEXAMET (4:4) +3
- 7 mg 9/16/19

CANTIDAD O EMPAQUE INCORRECTA

- TODAS MEZCLAS SE CREAN NUEVAS (NO UTILIZAR LAS CREADAS)
- AL PROCESAR LAS CREMAS VAN A ESCOGER LA PRESENTACION QUE EL MEDICO PRESCRIBE. SI EL PLAN LIMITA, EJEMPLO MD PRESCRIBE 45GM Y PLAN LIMITA 15 DIAS HAY QUE CAMBIAR EL EMPAQUE A BASE DE LOS DIAS.

150

[Redacted]

#	Medication	Strength / Form / Route
1)	Lyrica	150 mg oral capsule
Qty: 60	Capsule	Days: 30 Refill: 0 Allow Substitution: Yes
Instructions: Take Every 12 Hours		
2)	Tranxene T-Tab	7.5 mg oral tablet
Qty: 60	Tablet	Days: 30 Refill: 0 Allow Substitution: Yes
Instructions: Take Every 12 Hours		

[Redacted]

6)	Decadron	4 mg oral tablet
Qty: 5	Tablet	Days: 5 Refill: 0 Allow Substitution: Yes
Instructions: Take One Every Day		
7)	Baclofen	10 mg oral tablet
Qty: 30	Tablet	Days: 30 Refill: 0 Allow Substitution: Yes
Instructions: Take One Every Day HS		
8)	Lyrica	150 mg oral capsule
Qty: 60	Capsule	Days: 30 Refill: 0 Allow Substitution: Yes
Instructions: Take Every 12 Hours		

[Redacted]

Completed by: Ana M Igartua Veray, MD

Printed On: 10/18/18 16:51:56

Page: 2/2

INDICACIONES INCORRECTAS

TODA RECETA DEBE TENER LAS INDICACIONES COMPLETAS
EJEMPLO TOMAR UNA TABLETA CADA DOCE HORAS.

DIAS INCORRECTOS

NEW E SCRIPT PRESCRIPTION 01/15/2020 13:31:14

SIG
BY
PA

PREScribed LANTUS 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION DAW 0=NOT SPECIFIED
NDC 00088-2220-33
Qty 2 (Two) UOM Bottle
Refills 5 Days Supply 30 Written 01/15/20
20 U SQ Q 24 HOURS

erx trace 891a2d64a90d43bfad96770d9396571d 20200115 173114,0 Rx 872628

RPH
Patie
Doct

LANTUS 100 UNIT/ML SOLN SN 11519
NDC 00088-2220-33 BRAND PS 10.00 Onhand 80
P APREF Unit Dose? N
USE SAFETY CAP

Quantity 20 Dispensed 20
Refills 5 Refs/Qty Left 5 /100

Plan(s) Pay
ADVPCS \$ 1711.35 Price 01
\$ Disc
\$ Tax
\$ 1711.35 Total
\$ 530.08 Cost
Written 01/15/20 \$ 1181.27 Margin
Expires 01/14/21 \$ Patient Pays
RX PICKUP

Directions (Spanish)
ADMINISTRAR 20 UNIDADES
SUBCVUTANEAS CADA 24 HORAS

Days' Supply 28 PRN

Lot 9F045A Exp 02/28/22
ORIG 0 DAW 0

Rx Memo
Status Refillable Delivery Will-Call
Labels 1 Label garay11 Prt 6 Pri 3

F2 Clear F3 Calndr F4 TpCalc F5 RxHist F7 Detail F8 Option F9 Help 10 Edit

ORIGIN CODE

GLIPIZIDE 10 MG TABS Onhand 393 Last Qty 90
NDC 62559-0316-10 GENERIC PS 1000.00 Unit Dose? N 29 Day's Left
P 30X\$7 90X\$16 PRECIO \$.35 USE SAFETY CAP
Quantity 90 Dispensed 90
Refills 5 Refs/Qty Left 2 /180
Plan(s) Pay \$ 10.16
Directions (Spanish) TSSS.VIT 9.16P \$ 10.16
TOME UNA TABLETA TRES VECES AL DIA
Orig Rx 11/09/23 \$ 10.16
Rx Date 02/05/24 \$ 3.42
Written 11/09/23 \$ 6.74
Days' Supply 30 PRN
Expires 11/08/24 \$ 1.00
Rx Memo
Lot M23026A Exp 03/30/25
Status Refillable Delivery Will-Call
Labels 1 Label garay11
ORIG 1 WRITTEN DAW 0

OK SN 14615
METFORMIN HCL 1000 MG TABS Onhand -750 Last Qty 60 On 02/03/24
NDC 42385-0949-11 GENERIC PS 1000.00 Unit Dose? N 27 Day's Left in This Fill
P A30 X \$6.0090 X \$12.00 USE SAFETY CAP
Quantity 60 Dispensed 60
Refills 3 Refs/Qty Left 2 /120
Plan(s) Pay \$ 5.00*Last PLANES
Directions (Spanish) SSS P \$ 5.00*Price PLANES
TOMAR UNA TABLETA DOS VECES AL DIA
Orig Rx 01/08/24 \$ 5.00 Total
Rx Date 02/03/24 \$ 0.98 Cost (0.98)
Written 01/08/24 \$ 4.02 Margin
Days' Supply 30 PRN
Expires 01/07/25 \$ 5.00 Patient Pays
RX PICKUP Bin/Bag 093
Rx Memo
Lot 22087431 Exp 09/30/25
Status Refillable Delivery Will-Call
Labels 1 Label garay11 Prt 1 Pri 3
ORIG 3 ESCRIPT DAW 0

SN 13943
Drug METOCLOPRAM 5MG TAB Onhand 0
NDC 51079-0629-20 GENERIC PS 100.00 Unit Dose? N
USE SAFETY CAP
Quantity 60 Dispensed 60
Refills 0 Refs/Qty Left 0 /0
Plan(s) Pay
Directions (Spanish) TOMAR UNA TABLETA DOS VECES AL DIA
Orig Rx 01/08/24 \$ 5.00 Total
Rx Date 02/03/24 \$ 0.98 Cost (0.98)
Written 01/08/24 \$ 4.02 Margin
Days' Supply 30 PRN
Expires 01/07/25 \$ 5.00 Patient Pays
PACKAGING
Rx Memo
Lot Exp / /
Status Refillable Delivery Will-Call
Labels 1 Label garay11 Prt 1 Pri
ORIG 4 FAX DAW 0

ORIGIN CODE CORRECTO

PBM	Papel	Oral	Texto/Whatsapp (Médico/Pt)	E/prescribing	Fax/Correo Electrónico (Médico/Pt)
Abarca	1	2	2	3	4
Envision	1	2	2	3	4
Humana	1	2	2	3	4
MC-Rx	1	2	2	3	4
Pharmpix	1	2	2	3	4

Las recetas recibidas por texto, Whatsapp, Fax se debe documentar la procedencia. El número del cual se recibe la receta debe pertenecer al médico que prescribe u oficina médica. **Es importante colocar el “origin code” correcto, este va a depender del documento final que tendré en el recetario. Ejemplo: Médico o paciente adelantan la receta por correo electrónico, el “origin code” de la receta será 1, porque al final voy a tener la receta original en el recetario.**

Las recetas recibidas por texto, whatsapp, email o Fax de paciente se puede aceptar para adelantar el proceso, cuando paciente va a recoger debe entregar la original.

Las recetas recibidas por correo electrónico o fax directamente del médico son recetas válidas y no requieren la receta original (en papel) cuando el paciente va a recoger.

LA IMPORTANCIA DEL PICK UP Y RECOGIDO

- Además de procesar y despachar correctamente, la firma en el recogido del paciente es una de la parte esencial en las auditorias.
- Paciente recoge su medicamento- Recuerde que tiene que tener el ID entrado y escaneado en el sistema. Escogen que firmo el paciente y el paciente firma su nombre completo. NO inicales a menos que su licencia de conducir firme de esa manera.
- Familiar autorizado- Escoge que es un familiar quien recoge, familiar firma.
- Recetas controladas recuerden que tienen que tener el ID del paciente o familiar para escanearlo.

EJEMPLOS DE ALGUNAS
DISCREPANCIAS QUE
LLEGAN A RECOBROS

AUDITORIA DE VERIFICACION DE
COBRO POR COPAGO

Claim Number	Fill Date	Qty	DS	Discrepancy Code	Recoverable	Validated Quantity	Comments
C833138309264B	09/28/2023	9.0	84	OTH	\$2,116.71	0.00	Provide proof of copayment collection. Documentation required for appeal: Copy of debit/credit card, cash or a cleared personal check transaction through a point of sale system. If coupon card or secondary insurance was used, proof of adjudication with final copay amount remaining is needed.

Total Recoverable Amount: \$2116.71

EJEMPLOS DE ALGUNAS DISCREPANCIAS QUE LLEGAN A RECOBROS

DIAS DE SUPLIDO
INCORRECTOS.



Audit Ref #: 158045

Pharmacy Name:
Store#: -
NABP

Rx Number	Claim Number	Fill Date	Qty	DS	Validated Qty	Discrepancy Code	Appeal Comment	Appeal Accepted ?	Final Recovery Amt
000001228948	C840129209264B	09/26/2022	20.0	90	15.00	EXC,IDS	EXC: Quantity billed is above plan limitation of 90 day supply . IDS: Correct day supply is 75 . Per Elixir Manual, Standards for Ophthalmic and Otic Drops: Unless indicated otherwise by manufacturer: a. Solutions - 20 drops/mL b. Suspensions - 15 drops/mL	YP	\$ 205.39
000001228948	C719778212242B	12/24/2022	20.0	90	15.00	EXC,IDS	EXC: Quantity billed is above plan limitation of 90 day supply . IDS: Correct day supply is 75 . Per Elixir Manual, Standards for Ophthalmic and Otic Drops: Unless indicated otherwise by manufacturer: a. Solutions - 20 drops/mL b. Suspensions - 15 drops/mL	YP	\$ 205.39

Y= Yes

YP= Yes Partial

N=No

NR=No documentation Received

Total Recovery Amount: \$410.78

EJEMPLOS DE ALGUNAS DISCREPANCIAS QUE LLEGAN A RECOBROS

		service				recover		
PPXUTM	866825	1/26/2023	Clotrimazole External Cream 1 %	Incorrect drug dispensed	\$3.50	\$3.50	Evidence will be not Accepted	Evidence will be not Accepted

MCSRX01	1750456	3/2/2023	Acetic Acid Otic Solution 2 %	Incorrect drug dispensed	\$6.36	\$6.36	Evidence will be not Accepted	Evidence will be not Accepted
---------	---------	----------	----------------------------------	-----------------------------	--------	--------	-------------------------------	----------------------------------

DESPACHO DE MEDICAMENTO INCORRECTO.

POWERED BY ONEARK								
MCSRX01	1750457	3/2/2023	D 10000 Oral Capsule 250 MCG (10000 UT)	Incorrect drug dispensed	\$2.62	\$2.62	Evidence will be not Accepted	Evidence will be not Accepted
MCSRX01	1750457	3/27/2023	D 10000 Oral Capsule 250 MCG (10000 UT)	Incorrect drug dispensed	\$2.62	\$2.62	Evidence will be not Accepted	Evidence will be not Accepted

EJEMPLOS DE ALGUNAS DISCREPANCIAS QUE LLEGAN A RECOBROS

PHARMACY AUDIT DEPARTMENT Final Discrepancies List

Adjustment:

RxClaim	Date	Discrepancy	Comments	Amount
4328729	10/31/2022	Different Prescriber	Claim processed to different prescriber.	108.04
4328729	01/09/2023	Different Prescriber	Claim processed to different prescriber.	108.04

TOTAL : \$216.08 *

** The total amount to be recovered will depend on the type of adjustment identified in the audit.*

MEDICO INCORRECTO

EJEMPLOS DE ALGUNAS
DISCREPANCIAS QUE
LLEGAN A RECOBROS

DOCUMENTACIONES
INCOMPLETAS EN EL
SISTEMA
ELECTRONICO

MCSRX01	881425	6/22/2023	Synthroid Oral Tablet 88 MCG	Missing generic substitution stamp (Authorization of substitution in the electronic patient record)	\$30.35	\$30.35	Evidence will be not Accepted	Evidence will be not Accepted
MCSRX01	881425	7/24/2023	Synthroid Oral Tablet 88 MCG	Missing generic substitution stamp (Authorization of substitution in the electronic patient record)	\$30.35	\$30.35	Evidence will be not Accepted	Evidence will be not Accepted

EJEMPLOS DE ALGUNAS
DISCREPANCIAS QUE
LLEGAN A RECOBROS

FIRMA DE RECOGIDO

FARMACIA REY NPI:  AUDIT#: OA-2023-0043 AUDIT DATE: 6/8/2023							
PCN	*Rx No.*	*Date of Service*	*Drug Name*	*Finding*	*Plan Cost*	Amount to Recover	Accepted Evidence
MCSRX01	886248	6/16/22	Rosuvastatin Calcium Oral Tablet 10 MG	Pick-up date discrepancy	\$3.20		Only a statement from the patient with a copy of a valid ID certifying the pickup date of the fill will be accepted as evidence. (Only a statement must be accepted per finding)
MCSRX01	897979	2/9/23	Rosuvastatin Calcium Oral Tablet 10 MG	Pick-up date discrepancy	\$3.20		Only a statement from the patient with a copy of a valid ID certifying the pickup date of the fill will be accepted as evidence. (Only a statement must be accepted per finding)
MCSRX01	903075	9/16/22	Toujeo Max SoloStar Subcutaneous Solution Pen-injector 300 UNIT/ML	Pick-up date discrepancy	\$1,030.67		Only a statement from the patient with a copy of a valid ID certifying the pickup date of the fill will be accepted as evidence. (Only a statement must be accepted per finding)
MCSRX01	905330	12/8/22	Aspirin Low Dose Oral Tablet Delayed Release 81 MG	Pick-up date discrepancy	\$3.71		Only a statement from the patient with a copy of a valid ID certifying the pickup date of the fill will be accepted as evidence. (Only a statement must be accepted per finding)

EJEMPLOS DE ALGUNAS DISCREPANCIAS QUE LLEGAN A RECOBROS

- AUDITORIAS NDC

ENTRADA DE FACTURAS
TRABAJAR FRASCO EN MANO
ATENCION AL DETALLE
GLN-GLOBAL LOCATION NUMBER

September 21, 2022

Subject: Notice of claims submitted with invalid/unlisted NDC (4021882)

Dear pharmacy manager:

[REDACTED] has reviewed the prescription claims listed in the enclosed report and found they were submitted with a National Drug Code (NDC) that was not valid and properly listed on the U.S. Food and Drug Administration's NDC Structured Product Labeling Data Elements lists. The NDC may currently be listed/valid, but the medication was filled either before the market start date or after the market end date.

[REDACTED] recognizes these claims may be too old for the pharmacy to correct electronically due to pharmacy system and/or timely filing limitations. For this reason, the pharmacy may submit the correct information in writing for each claim.

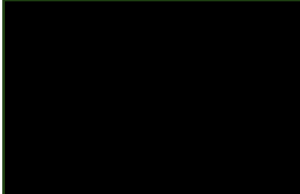
Accepted documentation includes but is not limited to the following:

- Submission of the correct NDC located on the pharmacy's shelf at time of fill
- A dated purchase order from the pharmacy's supplier listing the NDC billed was shipped prior to the fill date of the prescription

Please provide the accurate NDC or purchase order for each claim listed in the enclosed report within 30 days of the date of this letter.

Corrected information for the affected claims must be postmarked or transmitted within 30 days of the date of this letter to be considered. If we do not receive corrected information [REDACTED]

[REDACTED] will consider the claims discrepant and will proceed with recovering the entire amount paid.



RE: Compliance Audit – Response due 01/08/2026

The claims identified on the attached spreadsheet have been selected for a Desk Audit/Client Request. The claims were identified during a routine audit. Please fax a copy of the original prescription (front and back), signature log (or proof of delivery), and any additional supporting documentation (e.g., for compounds include: Compounding Worksheets/Records per State and/or USP Guidelines) to 858.357.2681

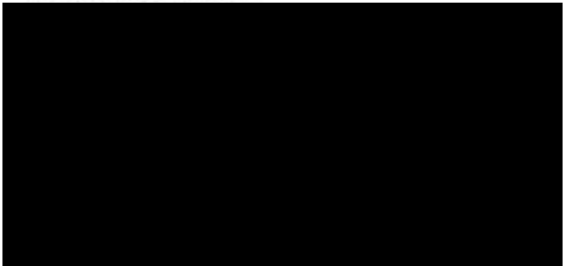
To ensure accuracy, please attach this letter to the submitted hardcopy documentation. Any documentation sent without appropriate reference# will be returned to sender and deemed "No Pharmacy Response" and the claims will be reversed.

A response to this request must be received by MedImpact by 01/08/2026 . Failure to respond within the allotted time will result in automatic reversal of the claims in question. All dates of service for the prescription numbers requested will be subject to review.

If you have any questions regarding this audit, you may contact me at 858.291.5474 . Please have the reference number 136011 available when you call.

Your time and cooperation are appreciated. Thank you.

Nancy Halter-Austin



Attachment: Compliance Audit Claim List

For further information on the policies and procedures for Audit (Desktop and/or Onsite), please reference our online Audit guideline at <https://mp.medimpact.com/pharmacyportal/public/frameset.jsp?forwardUrl=/pharmacyportal/public/PoliciesProcedures.jsp>

[illegible]

COVER PAGE

PharmacyName	[REDACTED]
--------------	------------

TxnID: [REDACTED]

Task ID: [REDACTED]

Reference #: 136011

PLEASE RETURN THIS FORM WITH THE SUPPORTING DOCUMENTATION

**USE OF THIS PAGE AS YOUR COVER SHEET IS
REQUIRED**

**FAILURE TO DO SO WILL RESULT IN YOUR
DOCUMENTATION BEING REJECTED**

Puntos importantes manejo de auditorías y evitar recobros en auditorías

1- Buscar las recetas, colocarle el número de receta en la parte superior derecha con lápiz.

- a. Identificar recetas, cuales son físicas y electrónicas.
- b. Imprimir todas las recetas electrónicas en orden y sus notas. RX30- F6 notes o en área de Memo.
- c. Buscar las recetas físicas e intercalarlas con las electrónicas en orden del listado que le envíe el plan medico o PBM para auditoría.
- d. Verificar que todas las recetas tengan el ID (vigente) registrado en el record de paciente y esté escaneado en Sistema.
- e. Verificar que tienen el signature log del paciente en el Sistema o bitácora (manual). Imprimíroslos y colocarlos en orden del listado.

2- Verificar todas las recetas con el “checklist”.

3- Signature log si les falta el ID de paciente llamar al paciente para que entregue ID y escanearla y colocarla en Sistema. Cada log signature debe tener el ID del paciente. Todo paciente debe tener el ID escaneado en su record, no es copia del ID para la auditoria sino que es el ID registrado en Sistema para que salga en el signature LOG.

4- Sí utilizó una bitácora manual, importante que tenga la firma del paciente y el ID indicando que recogió los medicamentos.

5- Luego de la auditoria, sí compete se escribe una amonestación.



AUDITORIAS PLANES MEDICOS

“CHECKLIST”

1. Fecha de la receta. Si no tiene la fecha, documentar fecha al dorso de la receta con la siguiente información:

Se llamó al Dr. _____, paciente lo visito el día _____

Fecha _____ Hora _____ Firma del técnico _____.

2. Días de suplido de cada medicamento prescrito.

3. NPI del doctor Verificar si facturaron el NPI correcto – el que esté timbrado en la receta o del médico que contrafirma la receta. Si no está timbrado hacer la documentación necesaria al dorso de la receta.

4. Firma del Licenciado en la parte inferior derecha de la receta.

5. Ponche de genéricos lleno en su totalidad.

6. Verificar que las cantidades de suplido de los medicamentos estén prescritas y que las instrucciones de cada medicamento estén completas (indicando la cantidad y la frecuencia completa). Si no es así, documentar al dorso de la receta la información de todos los medicamentos que están en la receta aunque no sean medicamentos que estén auditando, utilizando el mismo formato de documentación en todo momento como se indica en el punto #1.

7. Ponche de controlados en las recetas de control y la firma del farmacéutico con la fecha de verificación de la receta.

8. Las recetas controladas **TIENEN** que tener la dirección completa incluyendo el código postal (zipcode).

9. Que estén todos los números de licencia del doctor que correspondan según lo requiera la receta.

10. Que la receta tenga la firma del Doctor, si la receta es contrafirmada, debe tener la licencias del medico que contrafirma.

11. Si el doctor prescribió algo incorrecto documentarlo al dorso de la receta.

12. Si en la receta el médico no escribe las indicaciones completas se debe documentar en el dorso de la receta.

Ejemplo de esto sería:

La receta indica Simvastatin 40mg po daily #30. Se debe documentar de forma completa que médico indica Tomar una tableta diaria. **Siempre especificando la cantidad de tabletas que paciente se tomará diario.**



13. Si el plan médico rechaza para menos días o por dosis máxima, el rechazo tiene que estar documentado al dorso de la receta o en el memo o F6 notas.

14. Si el doctor prescribe una crema o ungüento etc. lo van a documentar, al igual que si no escribe los miligramos de un medicamento o presentación lo van a documentar.

15. Verificar los DAW (0, 1, 2, 7, 9).

16. Las recetas electrónicas las van a verificar como cualquier receta regular. NO se imprimen.

17. Todas las recetas deben estar firmadas por el farmacéutico, excepto las electrónicas.

18. Verificar que el “Origin Code” de cada receta este correcto. Si la receta se recibió por email, fax o llamada, tener la documentación y evidencia de la procedencia de la misma.

Through these audits we ensure the quality of services offered to our policyholders.

It is for this reason that your pharmacy has been selected for an Invoice Audit. The selected audit period is from **January 1, 2023 to July 31, 2024**. We do require from you to provide copies of the Wholesaler invoices OR an emailed file sent directly from the Wholesaler to the contact below of the pharmacy's purchases for the following selected drug (s):

NDC	Drug Name
00003089421	Eliquis Oral Tablet 5 MG
00310621030	Farxiga Oral Tablet 10 MG
00002751101	HumaLOG Mix 75/25 Subcutaneous Suspension (75-25) 100 UNIT/ML
00006057762	Janumet Oral Tablet 50-1000 MG
00006027731	Januvia Oral Tablet 100 MG
00006027754	Januvia Oral Tablet 100 MG
00006022131	Januvia Oral Tablet 25 MG
00006022154	Januvia Oral Tablet 25 MG
00006011231	Januvia Oral Tablet 50 MG
00006011254	Januvia Oral Tablet 50 MG
00088221905	Lantus SoloStar Subcutaneous Solution Pen-injector 100 UNIT/ML
00088222033	Lantus Subcutaneous Solution 100 UNIT/ML
00074662490	Synthroid Oral Tablet 100 MCG
00074662419	Synthroid Oral Tablet 100 MCG
00074434190	Synthroid Oral Tablet 25 MCG
00074434119	Synthroid Oral Tablet 25 MCG
00074455290	Synthroid Oral Tablet 50 MCG
00074455219	Synthroid Oral Tablet 50 MCG
00074518290	Synthroid Oral Tablet 75 MCG
00074518219	Synthroid Oral Tablet 75 MCG
00074659490	Synthroid Oral Tablet 88 MCG
00074659419	Synthroid Oral Tablet 88 MCG
00597014030	Tradjenta Oral Tablet 5 MG
00597014090	Tradjenta Oral Tablet 5 MG

We thank you in advance for your cooperation. Please send this information via email to amelia.trejo@abarcahealth.com or pharmacyaudit@abarcahealth.com or fax at (787) 777-1373 within fifteen (15) business days upon receipt of this letter. If additional information is needed, please do not hesitate to call at (787) 706-7158.

The pharmacy provided evidence of the purchase history from June 1, 2022 to June 30, 2024 for the requested drug(s):

NDC	Drug Name	Units Billed	Utilization Period	Amount Paid (PBM Paid)*	Available Invoice	Units Purchased	Insufficient Quantity Purchased	Amount to be Recovered (Shortage Value)	Audit Findings
3089421	Eliquis Oral Tablet 5 MG	7,064	6/1/2022 to 6/30/2024	\$65,176.58	0	0	-7,064	-\$65,176.58	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
189431	Eliquis Oral Tablet 5 MG	1,050	6/1/2022 to 6/30/2024	\$10,405.99	0	0	-1,050	-\$10,405.99	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
811	Faniga Oral Tablet 10 MG	30	6/1/2022 to 6/30/2024	\$438.68	0	0	-30	-\$438.68	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
4	Januvia Oral Tablet 50 MG	180	6/1/2022 to 6/30/2024	\$3,169.49	0	0	-180	-\$3,169.49	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
	Januvia Oral Tablet 100 MG	2,070	6/1/2022 to 6/30/2024	\$36,432.48	0	0	-2,070	-\$36,432.48	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
	Januvia Oral Tablet 100 MG	270	6/1/2022 to 6/30/2024	\$4,880.22	0	0	-270	-\$4,880.22	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
	met Oral Tablet 50-1000 MG	6,570	6/1/2022 to 6/30/2024	\$59,502.36	0	0	-6,570	-\$59,502.36	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
	Oral Tablet 50-1000 MG	840	6/1/2022 to 6/30/2024	\$7,783.26	0	0	-840	-\$7,783.26	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
	Tablet 10 MG	9,870	6/1/2022 to 6/30/2024	\$182,351.97	0	0	-9,870	-\$182,351.97	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
	let 10 MG	540	6/1/2022 to 6/30/2024	\$10,533.95	0	0	-540	-\$10,533.95	No purchasing invoices provided to support the quantity billed.
Total				\$380,674.98				-\$380,674.98	Recovery Total

-\$380,674.98

-\$380,674.98

-\$380,674.98

Appeal documentation regarding the findings above within 30 days from the date notified. Additionally, kindly provide support for the drugs listed above.

Recetas con pagos negativos y apelaciones

- Los medicamentos originales no se pueden someter para reclamaciones sí el plan paga negativos. (importancia de los descuentos de las droguerías).
- Se puede apelar medicamentos genéricos (en algunos planes/PBM). Se debe someter la apelación con la factura de ese medicamento. La factura debe tener fecha de anterioridad al despacho.
- No te permite o no te paga los medicamentos en negativo, las apelaciones son denegadas. Aquí hay pérdida.

Descuento de droguería (Mix de droguerías).

- Acuerdo con las droguerías de un 90% originales/10% genéricos en compra.
- Sí gasto 5,000\$ en originales obligatoriamente tengo que comprar obligatoriamente \$500.00 en genérico para cumplir con este MIX de droguería y poder obtener por ejemplo un 22% de descuento sí pago las factura a 7 días.
- Mientras más se tarda en pagar las facturas se va perdiendo más descuentos y por tanto se reduce la ganancia. A igual sí no se cumple con el mix no obtenemos el descuento.

Treinta (30) días de terapia

- En los casos en que la receta original el prescribiente prescriba cantidades mayores de medicamento que equivalen a más de treinta (30) días de terapia y el paciente, su representante autorizado o un tercero elija un despacho inicial de la receta por la cantidad equivalente a solo treinta (30) días de terapia,
- Se considerará una repetición autorizada por cada porción remanente equivalente a treinta (30) días de terapia de la cantidad de medicamento prescrita (Artículo 5.02. Dispensación de receta).
- Se le añaden los refills básicamente.

PDMP Puerto Rico

- **Programa de Monitoreo de Medicamentos Controlados de Puerto Rico**
- El 5 de agosto de 2017, se firmó la Ley 70 para establecer la "Ley de Vigilancia de Recetas de Medicamentos Controlados" e implementar el "Programa de Monitoreo de Recetas de Medicamentos Controlados" en la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción - ASSMCA.
- Desde mayo de 2018, todas las farmacias que operan en Puerto Rico, así como aquellas que despachan medicamentos a pacientes residentes de la isla, deben reportar electrónicamente, en un plazo máximo de 48 horas, todos los despachos de medicamentos controlados que realicen. El programa, proporcionado por Bamboo Health, quien actualmente también es el proveedor para 43 estados de los Estados Unidos, es financiado en su totalidad desde 2018 por fondos federales del Departamento de Justicia Federal.
- A través del PMP Aware, los profesionales de la salud, como médicos, farmacéuticos, psiquiatras, trabajadores sociales y psicólogos, entre otros, que tengan cuentas activas en el sistema, pueden acceder al historial de medicamentos controlados de sus pacientes en farmacias de Puerto Rico y 33 estados con los que actualmente se comparten datos. El reporte proporciona información sobre los medicamentos, las dosis, las fechas de las recetas, qué otros médicos han recetado, los factores de riesgo y las probabilidades de una sobredosis no intencional de los pacientes. El registro y uso del sistema es gratuito.



Contact the Bamboo Health Knowledge/Help Center

One or more patients do not exactly match the search patient demographic information.
The report displayed is for the next best possible match. Please verify the report is for the

NarxCare®

Report generated on 03/26/2024. Report Date Range: 03/27/2022 - 03/26/2024

PDF Report

Export

Messages

Messages

Sent Messages

No Messages.

Care Notes | Add Note

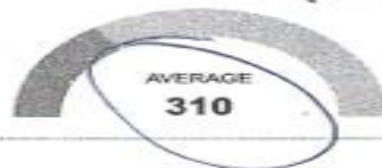
Showing 1 Item 1 of 1

[10/27/2022 6:41:09 PM -04] — from Administrator

FAVOR DE NO REALIZAR DESPACHOS DE ADERALL A ESTA PACIENTE

Showing 1 Item 1 of 1

UNINTENTIONAL OVERDOSE RISK SCORE MODEL

How should I use this information?

NARCOTICS

110

ACTIVE RX
0

NARX SCORES

SEDATIVES

250

ACTIVE RX
0

STIMULANTS

652

ACTIVE RX
2

KEY CONTRIBUTING FACTORS TO OVERDOSE RISK SCORE MODEL

Greater than six dispensations

Yes

Benzos - Narcotics overlap

0 Days

Buprenorphine (mg) Prescribed Over Time

Last 30 Days Last 60 Days Last 90 Days Last 1 Year Last 2 Years



Disclaimer

0
Avg mg/day

0
Avg mg per Rx

RX Summary

Summary

Total Prescriptions	66
Total Private Pay	44
Total Prescribers	25
Total Pharmacies	52

Narcotics (excluding Buprenorphine)

Current MME/day	0.00
30 Day Avg MME/day	0.00
Current Qty	0

Buprenorphine

Current mg/day	0.00
30 Day Avg mg/day	0.00
Current Qty	0

RX Summary Expanded

Narcotics (excluding Buprenorphine)

Current MME/day	0.00
30 Day Avg MME/day	0.00
90 Day Avg MME/day	0.00
Rx Count/12 Months	0
Prescriber #/6 Months	0
Pharmacy #/6 Months	0
Current Qty	0

Sedatives

30 Day Avg LME/day	0.00
90 Day Avg LME/day	0.67
Rx Count/12 Months	3
Prescriber #/6 Months	1
Pharmacy #/6 Months	1

Buprenorphine

Current mg/day	0.00
30 Day Avg mg/day	0.00
90 Day Avg mg/day	0.00
Rx Count/12 Months	0
Prescriber #/6 Months	0
Pharmacy #/6 Months	0
Current Qty	0

Stimulants

30 Day Avg mg/day	0.00
90 Day Avg mg/day	0.00
Rx Count/12 Months	9
Prescriber #/6 Months	5
Pharmacy #/6 Months	5

Prescriptions

Total: 66 | Private Pay: 44

Showing 16-30 of 66 Items ☐ 2 of 5 ☐

Filled	Written	ID	Drug	QTY	Days	Prescriber	RX #	Dispenser	Refill	Daily Dose*
01/26/2023	01/26/2023	5	Dextroamp-Amphetamin 10 Mg Tab	45.00	15	Miliri	1781071	Sup (2702)	1/0	
01/26/2023	01/26/2023	5	Dextroamp-Amphetamin 10 Mg Tab	45.00	15	Miliri	1781071	Sup (2702)	0/0	
01/16/2023	01/16/2023	4	Dextroamp-Amphet Er 10 Mg Cap	45.00	15	Li Mon	5467575	Wal (7081)	0/0	
01/09/2023	01/09/2023	20	Dextroamp-Amphetamin 20 Mg Tab	90.00	30	Li Mon	1678954	Sup (5309)	0/0	
01/04/2023	01/04/2023	32	Dextroamp-Amphetamin 20 Mg Tab	90.00	30	Li Mon	421873	Far (3210)	0/0	
12/30/2022	12/30/2022	30	Dextroamp-Amphetamin 10 Mg Tab	90.00	30	Lo Cam	1039898	Far (7644)	0/0	
12/22/2022	12/22/2022	29	Dextroamp-Amphetamin 10 Mg Tab	90.00	30	Ne Ori	299490	Jir (5911)	0/0	
12/19/2022	12/19/2022	10	Dextroamp-Amphetamin 10 Mg Tab	90.00	30	Ju Rod	1860570	Col (4176)	0/0	
12/16/2022	12/16/2022	6	Dextroamp-Amphetamin 10 Mg Tab	90.00	30	Ju Rod	2017889	Tca (0837)	0/0	
12/11/2022	12/11/2022	24	Dextroamp-Amphet Er 15 Mg Cap	10.00	5	Li Mon	6189571	Wal (2130)	0/0	
12/09/2022	12/09/2022	31	Dextroamp-Amphetamin 15 Mg Tab	60.00	20	Li Mon	1073232	Div (8493)	0/0	
12/06/2022	12/01/2022	4	Dextroamp-Amphetamin 10 Mg Tab	90.00	30	Li Mon	2254162	Far (3252)	0/0	
11/29/2022	11/26/2022	7	Dextroamp-Amphetamin 10 Mg Tab	90.00	30	Li Mon	343505	R&I (7915)	0/0	
11/26/2022	11/26/2022	24	Dextroamp-Amphetamine 5 Mg Tab	90.00	30	Li Mon	5157473	Wal (6340)	0/0	
11/23/2022	11/20/2022	21	Dextroamp-Amphetamin 10 Mg Tab	60.00	30	Li Mon	534377	Dor (0508)	0/0	

Disclaimer
Showing 16-30 of 66 Items ☐ 2 of 5 ☐

Providers

Total: 25

Showing 1-15 of 25 Items ☐ 1 of 2 ☐

Name	Address	City	State	Zipcode	Phone
Jose De Jesus Miranda	Avenida Felisa Rincon De Gautier # 349	San Juan	PR	00926	(787) 585-6620
Vidian Acosvedo Acosvedo, J	#2509 Ave boulevard Levittown#2509 Ave.b	Toa Baja	PR	00949	(787) 410-4146
Milagros Moreno Inizarny	Po Box 722	Caguas	PR	00726	(000) 743-8077
Jaime G Torres-Plata	Carretera Estatal 577 Km 1.6 Camino Las	Rio Piedras	PR	00926	-
Hector M Santos-Sanchez	360 Calle San Claudio	San Juan	PR	00926	(787) 789-8943
Jose E Feljoo Gonzalez, MD	Edif 3 Local 12-A Comercial Bella Vista Gardens	Bayamon	PR	00957	(787) 799-2060
Luis R Ramos-Diaz, MD	165 Calle Los Pirineos	San Juan	PR	00926	(787) 720-8888

	Address	City	State	Zipcode	Phone
<u>A Fernandez-Esteves</u>	2 Calle Munoz Rivera	Caguas	PR	00725	(787) 743-4421
<u>Marjorie Maccone-Firpi, L</u>	Hacienda San Jose 983 Calle Arcada	Caguas	PR	00727	(787) 641-0773
<u>Orlando Alvarado Santiago</u>	Ave. Casa Linda #1 Suite 101, Carr 177 L	Bayamon	PR	00959	(787) 789-1919
<u>Jorge Valdesuso Hernandez</u>	200 Calle Cupey Gdne Ste 11w	San Juan	PR	00926	-
<u>Luis Rodriguez Carrasquillo</u>	Ave Roberto Sanchez Vilella A5 Castellana Gardens	Carolina	PR	00983	(787) 787-7527
<u>Rafael Torres-Velez</u>	X1152 Ave Jorge Vazquez Sanes	Carolina	PR	00983	(787) 766-4285
<u>Lope M Gomez Hornarabel</u>	1500 Ave Los Romanos Apt 410	San Juan	PR	00926	(787) 752-7897
<u>Audrey Muriel, MD</u>	Rk19 Via Cristal	Trujillo Alto	PR	00976	(787) 263-1001

Showing 1-15 of 25 Items

1 of 2

Pharmacies

Total: 52

Showing 1-15 of 52 Items

1 of 4

Name	Address	City	State	Zipcode	P
Costco Wholesale Corporation (8694)	Carr Num 2 Km 15.7 Barrio Hato Tejas	Bayamon	PR	00961	(7
Costco Wholesale Corporation (7880)	Carr. 177, Esquina Calle 24 Urb. Industrial Minillas	Bayamon	PR	00959	(7
Walgreen Of Puerto Rico, Inc. (7061)	Ave Degetau Int. Pr 1 Y Pr 34	Caguas	PR	00725	(7
Iris Lugo Ramirez Y Delia Lugo Ramirez (8246)	Centro Comercial Villa Andaluza Local 6 C/O D1 Calle Frontera Ste 6	San Juan	PR	00926	(7
Tos Alta Pharmacy Inc (0837)	253 Calle Mendez Vigo	Dorado	PR	00646	(7
Farmacia Santa Olaya Inc (3252)	Carr. 829 Km.6.7 Bo. Santa Olaya, C/O Rr-12 Box-1367	Bayamon	PR	00956	(7
R&L Pharmacy Group Inc (7915)	Carr.695 Km 1.4 Barrio Higullar Dorado C/O 29 Boulevard Victoria Montelago Esta	Tos Alta	PR	00953	(7
Farmacia Pontezuela (9224)	Cond Golden Tower C9 Ave Pontezuela	Carolina	PR	00984	(7
Farmacia Yarimar Inc (0903)	904 Calle 31 Sw	San Juan	PR	00921	(7
Colon Tavaréz Pharmacy Services Inc (4176)	Po Box 6017	Carolina	PR	00984	(7
One Stop Prescription Pr, Inc (7708)	Po Box 7891	Guaynabo	PR	00970	(7
Super Farmacia Ideal, Inc (2702)	Ave. 65 Infanteria Esq. San Marcos Local Ext El Comandante Shopping Center	Carolina	PR	00987	(7
K G H Inc (7076)	370 Calle Manuel Domenech	San Juan	PR	00918	(7
Wal-Mart Puerto Rico, Inc. (6775)	Carr. Pr. #3, Km. 77.6 Bo. Rio Abajo, Plaza Mall Real	Humacao	PR	00791	(7
United Three Brothers Inc Dba Farmacia C (6637)	19-22 Ave Ramirez De Arellano	Guaynabo	PR	00966	(7

Showing 1-15 of 52 Items

1 of 4

ANEJO C – INCIDENTE MEDICAMENTOS CONTROLADOS

Farmacia Rey # _____

Dirección:

Medicamento:

Dosis:

Cantidad Afectada:

NDC:

Lote:

Fecha Expiración:

Fecha del Incidente:

Tipo de Incidente:

Rotura

Perdida

Robo

Asalto

Descripción de Incidente:

Todos los incidentes con controlados son reportados en el correo electrónico
investigaciones@salud.pr.gov o teléfono 787-522-6300.

INFORME SOBRE INCIDENTES DE SUSTANCIAS CONTROLADAS

Farmacia Hospital San Francisco (METRO PHARMACY, INC.). Licencias

Ave De Diego 371, San Juan
Puerto Rico, 00929

TEL: 787-767-5100/

Salud: F003373
ASMCA: DF036426

DEA: FM6529892

NPI: 1881735520

FECHA: _____

INCIDENTE: _____

MEDICAMENTO Y CONCENTRACION: _____

NDC

MANUFACTURERO

LOTE

FECHA DE EXPIRACION

TIPO DE INCIDENTE

() ROTURA () DETERIORADA () SOBRANTE () EXPIRADA () CONTAMINADA () OTROS

DESCRIPCION DEL INCIDENTE:

DECLARANTE: _____

TESTIGO: _____

FIRMA: _____

FIRMA: _____

POSICIÓN: _____

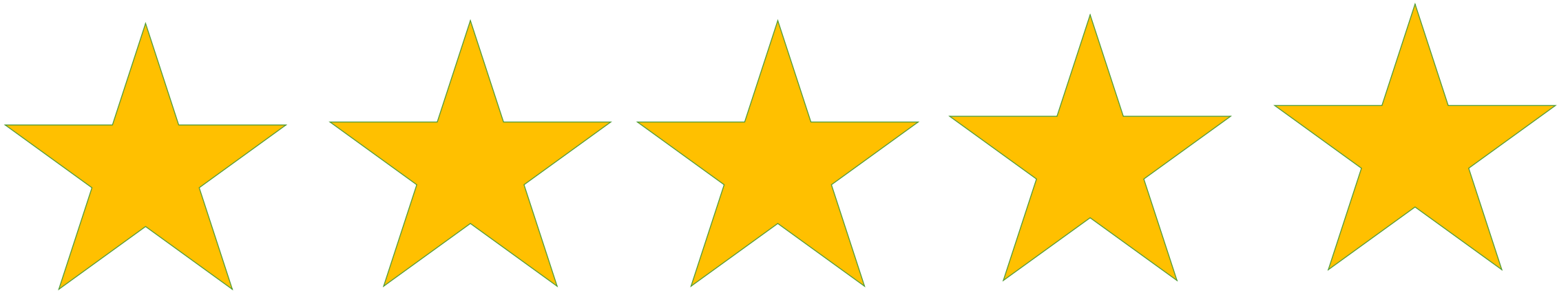
POSICIÓN: _____

REGENTE DE FARMACIA / NOMBRE: _____

ENVIADO POR EMAIL A LA OFICINA DE INVESTIGACIONES
EN: _____ CONFIRMADO POR: _____

ARCHIVAR EN CARPETA INCIDENTES DE CONTROLADOS EN FARMACIA

Adherencias



¿Qué es el Programa de Adherencia?

- Estrategia para asegurar el cumplimiento terapéutico del paciente con condiciones crónicas
- Objetivos:
 - Mejor control clínico y menos complicaciones/hospitalizaciones
 - Alineado con métricas de calidad CMS (Star Ratings)
- Implementación coordinada:
 - Farmacéuticos
 - Técnicos
 - Personal de ventanillas de servicio

¿Cómo se mide al paciente?

- La adherencia se mide según lo prescrito por el médico.
- El despacho debe realizarse 3-5 días antes, ya que se mide por los días cubiertos del paciente (PDC-Proportion of Days Covered)

Ejemplo práctico (90 días de medición)

Dispensaciones:

Día 0 → 30 días

Día 30 → 30 días

Día 67 → 30 días (hubo una brecha del día 60 al 66)

PDC: $30 + 30 + 23 = 83$ días cubiertos

$PDC = 83/90 = 92.2\%$

¿Cómo se mide al paciente?

- La adherencia se mide por reclamación sometida. (Día de despacho)
- Desde el segundo despacho entra en la medida de adherencia según el medicamento prescrito.
- Si el medico prescribe un medicamento para la presión y otro para el colesterol o diabetes ya entra en adherencia
 - **IMPORTANTE:** Es cualquier combinación de medicamentos de las medidas
- Un paciente con despacho a 30 días y que en su próximo suplido se atrasó por 5 días pierde un 16.65% lo que lo hace un paciente en riesgo de no ser Adherente. (Se pierde 3.33% por cada día que pase)

¿Por qué es importante que las Farmacias cumplan con el Programa?

- Nos permite mantenernos en las redes de proveedores de los Planes Médicos como farmacia preferida.
- Esto implica que el paciente no pague en nuestras farmacias.

- 
- MMM
 - Triple S
 - MCS

Plan, PBM y Plataformas

SSS y MMM – Abarca - RxTarget



**MCS – Elixir –
RxEffect/Faro/Outcomes**

Categorías de Adherencia CMS

Recientes:

Históricas:

- Diabetes
- Hipertensión
- Estatinas/Colesterol
- COB-Uso concurrente de Benzodiazepinas 2 o más
- ACH – Carga cognitiva anticolinérgica
- SUPD – Uso de estatinas en personas con diabetes
- SPC – Terapia con estatinas en pacientes con condiciones cardiovasculares
- Asthma
- HIV



Medicamentos Recetados por Condición

Hipertensión: terminan en TAN o PRIL

Genéricos:

- Candesartan
- Irbesartan
- Losartan
- Olmesartan
- Valsartan
- Captopril
- Enalapril
- Lisinopril
- Ramipril

Originales:

- Altace
- Avapro
- Diovan
- Atacand

Medicamentos combinados:

- Amlodipine/Valsartan
- Losartan/Hctz
- Valsartan/Hctz
- Candesartan/Hctz

Importante: **NO** están clasificados en CMS como **medicamentos de adherencia**:

- Amlodipine
- Diltiazem
- Atenolol
- Metoprolol

¿QUE HAGO CUANDO HAY UN CAMBIO EN TERAPIA A UNO DE ESTOS MEDICAMENTOS?

Notificar al médico para que evalúe la terapia y no se vea afectado en el cumplimiento de adherencia.

Diabetes

- Farxiga
- Glimepiride
- Glipizide
- Janumet
- Jardiance
- Jentadueto
- Metformin
- Pioglitazone
- Repaglinide
- Synjardy
- Tradjenta
- Trijardy
- Xigduo
- Ozempic Trulicity
- Victoza
- Mounjaro

Importante:

- Las insulinas NO SE MIDEN.
- No son medicamentos de adherencia.

Colesterol

Atorvastatin

Lovastatin

Pravastatin

Simvastatin

**Vytorin
(Ezetimibe-
Simvastatin)**

**Caduet
(Amlodipine-
Atorvastatin).**

Colesterol

Importante:

NO están clasificados en CMS como **medicamentos de adherencia** para el manejo del colesterol:

- Lopid (Gemfibrozil)
- Zetia (Ezetimibe)
- Lovaza (Omega-3-Acid Ethyl Esters)

***Al identificar un cambio de terapia, por uno de los medicamentos NO clasificados en la métrica, debe notificarse al médico para que evalúe la terapia y no se vea afectado en el cumplimiento de adherencia.**



Cut Points CMS

Categorías de Adherencia

Cut Points (CMS 2026 previsto)

Diabetes: ★ 5 = PDC $\geq$ 92 %

RAS / Hipertensión: ★ 5 = PDC $\geq$ 93 %

Estatinas / Colesterol: ★ 5 = PDC $\geq$ 93 %

**Meta de Farmacias debería ser 98-100% y lograr las
5 estrellas en todas las medidas**

Nuevos Cut Point (CMS 2026 previsto)

1. COB-Uso concurrente de Benzodiazepinas ★ 5 = PDC < 6.49 %
2. ACH – Carga cognitiva anticolinérgica ★ 5 = PDC < 4.49 %
3. SUPD – Uso de estatinas en personas con diabetes ★ 5 = PDC ≥ 93 %
4. SPC – Terapia con estatinas en pacientes con condiciones cardiovasculares
★ 5 = PDC ≥ 93 %

Se espera que COB y ACH se le asignen Cut Points por CMS en el 2026.

No tiene Cut Points de CMS pero MCS las Mide en 2025

1. SUPD – Uso de estatinas en personas con diabetes

1. Meta Mensual

2. SPC – Terapia con estatinas en pacientes con condiciones
cardiovasculares

Como farmacias MCS ya nos mide en las 5 medidas overall.
Se espera que para el 2026 todo los PBM's nos midan igual, ya que es un
requerimiento de CMS



Requerimientos de las Medidas de Reciente Adopción

¿Qué requieren las medidas de reciente adopción?

- **Requieren DOCUMENTACION de la INTERVENCION**
 - **Receta Física - Dorso de la receta**
 - **Receta Electrónica - Notes en su programa**

1. COB-Uso Concurrente de Opioides y Benzodiazepinas

- Se documentan SIEMPRE
- Requiere comunicarse con el médico y solicitar la aprobación para el despacho
- El farmacéutico puede documentar ciertas circunstancias del despacho

1. COB-Uso Concurrente de Opioides y Benzodiazepinas

- Comunicarse con el médico y solicitar la aprobación para el despacho
 - DUR-M0
 - 1G-Despachado, con aprobación del medico

COB-Uso Concurrente de Opioides y Benzodiazepinas

- El farmacéutico entrevista al paciente o al cuidador y si existe una de las siguientes circunstancias documenta con el DUR correspondiente:
 - Cuidado paliativo
 - Hospicio
 - Tratamiento de Cancer

1. COB-Uso Concurrente de Opioides y Benzodiazepinas – RX30

PANTALLA DE PROCESAMIENTO-F10 EDIT-18 DUR INTERVENTION –COLOCAR CODIGO Y F4

DUR INTERVENTION

Reason For Intervention	Clinical Significance
☐ ADDITIVE TOXICITY (AT)	☐
☐ DUPLICATE THERAPY (TD)	☐
☐ DRUG ALLERGY ALERT (DA)	☐
☐ DRUG AGE PRECAUTION (PA)	
☐ EXCESSIVE DOSAGE PRECAUTION (HD)	

Intervention

☐ CONSULTED WITH DOCTOR (M0)
☐ CONSULTED WITH HEALTH PROFESSIONAL
☐ CONSULTED WITH PATIENT (P0)

Outcome

☐ FILLED AS IS, DOCTOR APPROVED (1G)
☐

DUR Notes

Fees Prof: \$ Incent: \$

DUR Last Reviewed by GOL on 08/06/24 @ 01:37P

F1 Return F3 Select F4 Save F8 Delete F9 Help

2. Carga Cognitiva Anticolinérgica

- **Uso de varios medicamentos con propiedades anticolinérgicas.**
- **Objetivo: Minimizar el deterioro cognitivo, especialmente en adultos mayores. Riesgo de caída.**
- **Requiere comunicarse con el médico y consultar el cambio de medicamento con uno de menor carga ACB (Anticholinergic Cognitive Burden)**
- **Orientar al paciente sobre efectos secundarios y riesgos.**

2. Carga Cognitiva Anticolinérgica- Ejemplo

Lista y puntuación:

- Amitriptilina 25 mg noche → ACB=3
- Oxibutinina 5 mg BID → ACB=3
- Difenhidramina 25 mg PRN → ACB=3

ACB total = 9 (alto)

Riesgo aumentado de deterioro cognitivo/caídas

2. Carga Cognitiva Anticolinérgica- Ejemplo

Plan:

- **Discutir el caso con el médico: cambiar difenhidramina por cetirizina si clínicamente apropiado**
- **Reevaluar necesidad de amitriptilina (alternativas no anticolinérgicas)**
- **Educación sobre efectos adversos**
- **Educación al paciente/cuidador: Indicar “medicinas a evitar”, señales de alarma y plan de contacto.**

2. Anticolinérgicos Comunes

Tabla 1. Medicamentos Anticolinérgicos que se deben evitar en pacientes mayores de 65 años, especialmente en combinación.

Genérico		Indicaciones
		s
brompheniramine		Rinitis alérgica, resfriado común
Chlorpheniramine		Alergias, urticaria
ciproheptadine		Alergias, anorexia
dimenhydrinate*		Náuseas, vértigo
diphenhydramine (oral)*		Alergias, insomnio, náuseas
doxylamine*		Náuseas, vértigo
hydroxyzine pamoate, hydroxyzine hcl		Ansiedad, pruritus
meclizine		Vértigo, náuseas
tripolidine		Rinitis alérgica

3. Uso de Estatinas en Personas con Diabetes

- **Criterio:** Paciente entre 40 y 75 YRS con diagnóstico de diabetes debe recibir estatinas.
- **Objetivo:** Disminuir el riesgo cardiovascular en esta población mediante tratamiento preventivo.
- **Requiere comunicarse con el médico y recomendar que le recete la estatina. Requiere documentar la intervención.**

4. Terapias con Estatinas en Pacientes con Condiciones Cardiovasculares (Hipertensos)

- **Criterio:** Paciente de 21 YRS o mas con antecedentes de eventos cardiovasculares.
- **Objetivo:** Mejorar la prevención secundaria y reducir recurrencias de eventos cardiacos.
- **Requiere comunicarse con el médico y recomendar que le recete la estatina. Requiere documentar la intervención.**

Orange Book

- <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/ob/index.cfm>
- **Productos Farmacéuticos Aprobados con Evaluaciones de Equivalencia Terapéutica**
- Es una referencia vital para medicamentos aprobados y sus equivalentes genéricos, destacando seguridad y eficacia.
- El código BX significa que los datos de un medicamento genérico son insuficientes para que la FDA determine la equivalencia terapéutica (sustituibilidad) con su medicamento de marca correspondiente. Esto significa que no es automáticamente intercambiable en la farmacia, aunque sigue aprobado y puede recetarse.
- El Código A (AB, AA, AN): son considerados terapéuticamente equivalentes y sustituibles. Farmacia puede automáticamente intercambiar original por genérico.

Orange Book: Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations

Mkt.Status	Active Ingredient	Proprietary Name	Appl. No.	Dosage Form	Route	Strength	TE Code	RLD	RS	Applicant Holder
RX	ALBUTEROL SULFATE	VENTOLIN HFA	N020983	AEROSOL, METERED	INHALATION	EQ 0.09MG BASE/INH	BX	RLD	RS	GLAXOSMITHKLINE INTELLECTUAL PROPERTY LTD ENGLAND
DISCN	ALBUTEROL	VENTOLIN	N018473	AEROSOL, METERED	INHALATION	0.09MG/INH				GLAXOSMITHKLINE
DISCN	ALBUTEROL SULFATE	VENTOLIN ROTACAPS	N019489	CAPSULE	INHALATION	EQ 0.2MG BASE				GLAXOSMITHKLINE
DISCN	ALBUTEROL SULFATE	VENTOLIN	N019773	SOLUTION	INHALATION	EQ 0.083% BASE **Federal Register determination that product was not discontinued or withdrawn for safety or effectiveness reasons**		RLD		GLAXOSMITHKLINE
DISCN	ALBUTEROL SULFATE	VENTOLIN	N019269	SOLUTION	INHALATION	EQ 0.5% BASE **Federal Register determination that product was not discontinued or withdrawn for safety or effectiveness reasons**				GLAXOSMITHKLINE
DISCN	ALBUTEROL SULFATE	VENTOLIN	N019621	SYRUP	ORAL	EQ 2MG BASE/5ML **Federal Register determination that product was not discontinued or withdrawn for safety or effectiveness reasons**				GLAXOSMITHKLINE
DISCN	ALBUTEROL SULFATE	VENTOLIN	N019112	TABLET	ORAL	EQ 2MG BASE				GLAXOSMITHKLINE
DISCN	ALBUTEROL SULFATE	VENTOLIN	N019112	TABLET	ORAL	EQ 4MG BASE				GLAXOSMITHKLINE



ASUNTOS IMPORTANTES MANEJO DE RECETARIOS



Pharmacy & Pharmacist

Asuntos Importantes Administracion de Recetarios



Supervisión , comunicación efectiva, manejo adecuado de los recursos



Servicio al cliente

¿Como mejorar el servicio al paciente?

Establecer Prioridades

Niños llorando, recetas de sala de emergencia, pacientes controversiales. Darles prioridad

Mantener al Paciente Informado

- Pre-autorizaciones
- Controlados
- No está disponible por ser original
- Receta no está clara y hay que consultar el medico



Atender las Ventanillas

Asignar técnico a las ventanillas. No dejar al paciente esperando, sin ninguna atención.

Contestar el Telefono

- Responder el teléfono
- Contestar con amabilidad y cortesía

¿Como mejorar el servicio al paciente?



El farmacéutico es responsable de que se ofrezca un servicio de excelencia al paciente.

La farmacia tiene el propósito de proveer un servicio de salud de excelencia. Nuestro trabajo es resolverle al paciente.

Tratemos a nuestros pacientes como nos gustaría que nos traten a nosotros.

POST TEST

1- Cierto o Falso. Una receta de Tramadol 50mg tiene vigencia de 7 días y puede tener 5 refills.

Falso, la receta sí dura 7 días pero no puede tener refills por tanto la premisa es falsa.

POST TEST

2- Para evitar errores en el procesamiento de rectas el farmacéutico debe validar que estos puntos esten correctos:

- A. Fecha de Nacimiento de paciente
- B. Medicamento escogido
- C. Origin code
- D. Todas las anteriores

D- Farmacéutico debe validar fecha de Nacimiento de paciente, nombre y apellidos de paciente, medico que prescribe, licencia de medico, medicamento escogido, cantidad o empaque correcto, origin code, fecha de la receta, dosis escogida, instrucciones al paciente.

POST TEST

3- ¿Qué agencias nos puede visitar en Farmacia?

A. Departamento de Salud

B. DEA

C. Oficina de Investigaciones del Departamento de Salud

D. Todas las anteriores

D- Todas las anteriores, Farmacia esta regulado y nos puede visitor varias agencias entre ellas: DEA, Departamento de Salud, Oficina de Investigaciones del Departamento de Salud, OSHA, Planes Médicos.

POST TEST

4- ¿Qué documentos podría requerir un Inspector de DEA?

A. Registro de DEA

B. Lista de empleados con acceso a sustancias controladas

C. Copia de inventario Bienial y último inventario de controlados.

D. Todas las anteriores

D- El inspector puede requerir todos estos documentos en adicional puede requerir Certificado de Combact Metamphetamine Act Selft Certification, protocolo de sustancias controladas, licencia de Farmacia y biológicos, Formas DEA 222, el power of attorney, facturas de controlados, documentación de disposición final de controlados, entre otros.

POST TEST

5- Cierto o Falso. Todas las farmacias en Puerto Rico desde mayo 2018 deben reportar electrónicamente en un plazo de 48 horas todos los despachos de medicamentos controlados al PDMP (programa de monitoreo de medicamentos controlados de Puerto Rico).

Cierto: Desde 2018 toda Farmacia debe reportar los despachos de medicamentos controlados al PDMP, ya sean despachos con planes médicos o privados (en efectivo), para así el farmacéutico se puede asegurar que el despacho de la sustancia controlada se está realizando en el debido tiempo correspondiente y evitar desviación de medicamentos.

Referencias

- PharmPix Corporation. *Pharmacy Provider Manual*. Published February 12, 2024. Accessed April 18, 2026. <https://www.pharmpix.com/wp-content/uploads/2024/06/Pharmacy-Provider-Manual-2.8-.2024.pdf>
- Abarca Health. *Manual de proveedores*. Published 2023. Accessed April 18, 2026. <https://abarcahealth.com/wp-content/uploads/2023/06/2023-Manual-de-Proveedores.pdf>
- MedImpact Health System, Inc. *MedImpact Provider Manual*. Published 2025. <https://www.medimpact.com/For-Providers>
- MCRx. *Pharmacy Provider Manual*. Published December 2024. Accessed April 18, 2026. <https://web.mc-rx.com/docs/pharmacy/PRmanual.pdf>
- Ley Núm. 247 de 2004. *Ley de Farmacia de Puerto Rico*. Published September 3, 2004. Accessed April 18, 2026. <https://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2004/lexl2004247.htm>
- Ley Núm. 123 de 2023. *Para enmendar la Ley Núm. 247 de 2004, Ley de Farmacia de Puerto Rico*. Published November 6, 2023. Accessed April 18, 2026. <https://www.lexjuris.com/lexlex/leyes2023/lexl2023123.htm>
- Ley Núm. 4 de 1971. *Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico*. Published Jun 23, 1971. Accessed April 18, 2026. <https://www.lexjuris.com/lexlex/lexotras/lexdroga.htm>
- Ley Núm. 80 de 2025. *Para enmendar los Artículos 308 y 601 de la Ley Núm. 4 de 1971, Ley de Sustancias Controladas de Puerto Rico y derogar la Ley Núm. 48 de 1959 y la Ley Núm. 126 de 1960*. Published July 29, 2025. Accessed April 18, 2026. <https://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2025/lexl2025080.htm>
- Drug Enforcement Administration. *CSA Registration Tools: Login*. Accessed April 18, 2026. <https://apps.deadiversion.usdoj.gov/webforms2/spring/orderFormsLogin?execution=e1s1>
- Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA). *PDMP*. Accessed April 18, 2026. <https://www.assmca.pr.gov/pdmp>

Para obtener el Certificado de Educación Continua



1. Log in en tu cuenta de **CFPR.org**
2. Click en **MI CUENTA**
3. Click en **HISTORIAL DE CURSOS**
4. Seleccionar el curso
5. Completar la evaluación y Prueba
6. Guardar o imprimir el Certificado

Tiene 45 días, para completar la evaluación y prueba y poder obtener su certificado

Fecha límite: 2 DE OCTUBRE DE 2026

ACCESS CODE



CPE MONITOR

CODE

Tiene 45 días para completar la
evaluación y prueba y poder obtener su
certificado

DUDAS y/o PREGUNTAS ?



Dr. Jorge L. Allende Maldonado, PharmD, RPh,
HIVPCP, HIVPCN, AAHIVP
jallendepharmd@gmail.com
787-426-0856