O.S.P.S.A.

Obra Social del Personal de la Sanidad

|

Norma de Atención Nº: 5786
Vigencia: ***01/09/2025***

PLAN DE CRONICIDAD

FRANQUICIAS **(*)**	**A CARGO O. SOCIAL**	**A CARGO AFILIADO**	**COBERTURA SOBRE**	**VALIDACION ONLINE**	**PLAN**
PLAN MÚLTIPLE **(*1) (*2) (*3) (*4) (*5) (*6)**	VARIABLE	VARIABLE	SEGÚN PLAN	**SI**	**9500**
TABAQUISMO **(*7)**	70%	30%	LISTADO ADJUNTO	**NO**	**9530**

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

TIPO DE RECETARIO
Oficial: SI **(*8)**
Particular: SI **(*9)**
Digital: Si **(*10)**

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 (treinta) días corridos, entre la fecha de prescripción y la fecha de expendio. **(*11)**

PSICOFARMACOS:
Duplicado: SI
Fotocopia: NO

ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nº MATR.
Con sello: SI Manuscrito: NO

ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES
Letras y números arábigos: SI

LIMITACIONES CANTIDAD:
RECETARIOS: Hasta tres (3) especialidades por receta y hasta una (1) unidad por especialidad. Excepto AUTORIZACION **(*12)**

- **Con "TRATAMIENTO PROLONGADO"** (de puño y letra del profesional): Hasta dos (2) unidades.
- **Antibióticos inyectables monodosis**: Hasta cinco (5) unidades.
- **Antibióticos inyectables multidosis**: Lo requerido, combinando la menor cantidad de envases posible.

LIMITACIONES TAMAÑO
Si indica contenido y potencia: Lo requerido.
Si no indica: El menor.
Si indica la palabra "GRANDE": El inmediato siguiente al menor.
Si erra contenido: El inmediato inferior al indicado.

ESPECIALIDADES EXCLUIDAS
- PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO FIGUREN EN VADEMECUM CRONICO [Excepto ver **(*) c** y **(*5)**]

CONTROLES A REALIZAR: **(*12)**

CONFECCION DE RECETARIO POR FARMACIA: **(*14)**

ENMIENDAS SALVADAS:
Por el médico: SI (errores de prescripción)
Por el afiliado: SI (errores de expendio)

PRESENTACIÓN: (*15)
Planilla Oficial de ADMIFARM por Triplicado

CREDENCIAL: (ver modelos) **(*16)**

PLAN DE CRONICIDAD

REQUERIMIENTOS PARA REALIZAR VENTAS DE 70% Y CON COBERTURA DEL 40%/100% DE DESCUENTO

	PLAN MATERNO INFANTIL	CON 40%, 70% y 100% (excepto PMI) DE DESCUENTO	100% DISCAPACIDAD
CREDENCIAL HABILITADA	Tarjeta Magnética color Ocre con inscripción P.M.I. / Credencial Digital color ocre con inscripción PMI	Tarjeta Magnética color Azul u Ocre / Credencial Digital color Azul u Ocre ó Carnet Provisorio	Tarjeta Magnética color Azul u Ocre / Credencial Digital color Azul u Ocre ó Carnet Provisorio
RECETARIO	Recetario Oficial.	Recetario Oficial	Recetario Oficial y particular, con datos mínimos según *3.
CONFECCION DE LA RECETA	Datos del afiliado cumplimentados: a. Completa exclusivamente por computadora b. Nº de CUIL c. Apellido y nombre del beneficiario del P.M.I.	Datos del afiliado cumplimentados: a. De acuerdo a la zona de influencia (Ver cuadro *7) b. Nº de CUIL c. De acuerdo a la zona de influencia (Ver cuadro *7)	Datos del afiliado cumplimentados: a. Se aceptan datos manuscritos o por computadora
CONTROL Receta Versus Credencial Habilitada	Deben coincidir plenamente los datos de la tarjeta magnética con los del recetario, es decir: CUIL.Tarjeta = CUIL.Receta Apellido-Nombre.Tarjeta = Apellido-Nombre.Receta	Corroborar que coincidan plenamente el Nº de CUIL de la receta, con el número de CUIL del carnet provisorio o tarjeta magnética azul.	

(*) FRANQUICIAS

a) Ante cualquier inquietud con relación a la atención de los afiliados de Sanidad (ESPECIALIDADES EXCLUIDAS, RECETARIOS HABILITADOS, TARJETAS y AFILIADOS INHABILITADOS, etc.), vuestra farmacia, podrá llamar al servicio de atención gratuita de Sanidad al siguiente teléfono 0800-999-7264 (las 24 hs. del día, los 365 días del año).

b) Se deberán aceptar aquellas recetas que posean medicamentos que no figuren en el vademécum, siempre y cuando, lleven la firma y sello del ***Director Médico y/o Auditor Médico*** de cada una de las Delegaciones.

c) **Toda RECETA** ó **PRESCRIPCION MEDICA** deberá efectuarse en forma **obligatoria** expresando el **nombre genérico del medicamento** o **denominación común internacional** que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis unidad, con detalle del grado de concentración.

PLAN	COBERTURA
40% AMBULATORIO	VADEMÉCUM AMBULATORIO
70% TABAQUISMO	LISTADO
100% PMI	VADEMÉCUM AMBULATORIO
CRONICIDAD	VADEMECUM CRONICO / RESOL. 27/2022
ANTICONCEPTIVOS	VADEMECUM ADJUNTO
DISCAPACIDAD	MANUAL FARMACEUTICO
PLANES ESPECIALES	VADEMECUM ADJUNTO
PRESERVATIVOS	

*(*1) CRONICIDAD 70%*

Exclusivamente para medicamentos destinados a ***PATOLOGIAS CRONICAS PREVALENTES***, incluidos en el vademécum crónico.

NOTA: **A partir del 1 de Enero de 2024**, la cobertura de los medicamentos de dicho plan será aplicada de acuerdo a la **Resolución 27/2022 – PRECIOS DE REFERENCIA**, **efectuando el 70% de descuento en medicamentos cuyo P.V.P. sea menor al precio de referencia establecido**, y **del 70% de descuento sobre el PRECIO DE REFERENCIA en caso de que el P.V.P supere el monto prestablecido.**

EXCEPCION: a) Se podrán entregar los medicamentos necesarios para cubrir dos (2) meses de tratamiento. No se deberá tener en cuenta las limitaciones de cantidad ni la leyenda tratamiento prolongado.

b) Se podrán aceptar recetas que contengan, además de productos del vademécum crónico, productos incluidos en el VADEMECUM AMBULATORIO, pero UNICAMENTE cuando corresponda efectuar el 40% de descuento. Deberán facturarlas conforme lo indicado en el punto (*13) de la presente norma.

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando indistintamente a ***http://cronicos.nutrar.com***, ***http://validacionesag.com/*** o bien a través de los sistemas de facturación integrados.
Les rogamos prestar especial atención a los principios activos y cantidades autorizadas, debido a que dichos consumos son monitoreados por el **Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas prevalentes (Nutrar)**. Ante cualquier consulta inherente a lo mencionado, podrán comunicarse al **0810-345-6887**.

Especificaciones de Ventas para afiliados con 40%, 70% y 100% de descuento (excepto P.M.I.)

MUY IMPORTANTE:
El Número Beneficiario o de C.U.I.L., formado por:

- Dos dígitos que pueden ser: 20, 23, 24 y 27.
- Número de Documento.
- Digito verificador.

Ejemplo: 20-**13.562.963**-5/00

En ambos casos, los dos últimos dígitos identifican el parentesco del grupo familiar:
/00 - Indica que es un Titular
/01 - Indica que es un Cónyuge
/02..11 - Indica que es un Hijo

a) Si la farmacia cuenta con el lector de bandas Magnéticas y el Sistema operativo correspondiente y el afiliado se presenta con tarjeta magnética, deberán pasar las Tarjetas por el Lector y si la Tarjeta está habilitada y la receta cumple con, los requisitos de la presente norma, se realizará la venta.

   Si el afiliado se presenta con el carnet provisorio o con Credencial Digital (Ver punto c).
   En caso de que el sistema de la farmacia rechace la venta (por problemas en la banda magnética, cortes de luz, etc.), el farmacéutico deberá realizar los controles citados en los puntos b y c. De realizar la venta de medicamentos el farmacéutico debe colocar en la parte posterior de la receta el motivo o problema por el cual no pudieron utilizar el lector, firma del responsable de la farmacia, sello de la farmacia y firma, aclaración y N° de CUIL del beneficiario.

Parte posterior de la receta

Problema en la lectura de la tarjeta - Ej. Desmagnetización Firma del responsable y Sello de la Farmacia Firma y Aclaración del Beneficiario - N° CUIL

   Es necesario realizar esta aclaración en la receta porque al realizar la venta sin utilizar el lector, el sistema de facturación genera los archivos de facturación mensual pero el campo N° de tarjeta queda en blanco porque el N° de la tarjeta magnética está grabado solamente en la banda magnética.
   En caso de que el sistema rechace la venta, el farmacéutico retendrá la credencial para remitírsela a ADMIFARM (de Baja, Vencida, etc.).
   Mensualmente se remitirá un Listado de beneficiarios que extraviaron la tarjeta magnética.
   En este último caso sólo podrán efectuar las ventas si en la credencial que presenta el afiliado figura la leyenda indicada en el listado ("DUPLICADO", "TRIPLICADO", etc.)
   De encontrar la original extraviada deberán retener la misma para su envío a ADMIFARM.

b) Si la Farmacia no cuenta con el lector de Bandas Magnéticas y/o el Sistema operativo correspondiente y el afiliado se presenta con tarjeta magnética, deberá realizar la venta sólo si:
   1) LA TARJETA MAGNETICA NO ESTA VENCIDA, además deberán controlar que el Nro. de Beneficiario no se encuentre en el Listado de Beneficiarios que extraviaron la tarjeta magnética. En este último caso sólo podrán efectuar las ventas si en las credenciales preimpresas figura la leyenda indicada en el listado "DUPLICADO", "TRIPLICADO", etc., de encontrar la tarjeta original extraviada deberán retener la misma para su envío a ADMIFARM.
   2) LA RECETA SE HALLA EN CONDICIONES.
   3) LOS DATOS DE LA RECETA COINCIDEN CON LOS DE LA TARJETA MAGNETICA O DE LA CREDENCIAL DIGITAL.

c) Corroborar que coincidan plenamente el número de beneficiario (CUIL) de la receta, con el número de beneficiario que figura en el carnet provisorio, en la tarjeta magnética azul o en la Credencial Digital Azul.

d) Si el adquiriente fuese un tercero, deberá presentar, además de la documentación del titular dispuesta en la presente, su propio D.N.I. e indicar domicilio y teléfono en la receta.

e) La farmacia consignará al dorso de la receta: domicilio, número de D.N.I. y la firma del adquiriente.

f) ***Deberán cumplimentar lo anteriormente citado aunque la receta se encuentre previamente autorizada***.

g) De no coincidir alguno de estos aspectos o de no presentar documento del afiliado titular: **LA VENTA NO DEBERA SER EFECTUADA CON DESCUENTO**.

*(*2) ANTICONCEPTIVOS, ANOVULATORIOS y HORMONOTERAPIA*

100% de descuento en los productos del listado de ANTICONCEPTIVOS adjunto. (Prescrito por cualquier Médico)

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando indistintamente a ***http://cronicos.nutrar.com***, ***http://validacionesag.com/*** o bien a través de los sistemas de facturación integrados.
Les rogamos prestar especial atención a los principios activos y cantidades autorizadas, debido a que dichos consumos son monitoreados por el **Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas prevalentes (Nutrar)**. Ante cualquier consulta inherente a lo mencionado, podrán comunicarse al **0810-345-6887**.

Los productos detallados en vademécum con la leyenda "Autorización Previa de la entidad" deberán poseer además, la autorización de OSPSA

(*3) DISCAPACIDAD

a) Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando indistintamente a ***http://cronicos.nutrar.com***, ***http://validacionesag.com/*** o bien a través de los sistemas de facturación integrados.
Les rogamos prestar especial atención a los principios activos y cantidades autorizadas, debido a que dichos consumos son monitoreados por el **Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas prevalentes (Nutrar)**. Ante cualquier consulta inherente a lo mencionado, podrán comunicarse al **0810-345-6887**

b) **No se deberán tener en cuenta las limitaciones de cantidad de unidades por receta.**

c) El beneficiario podrá presentar cualquier recetario particular o recetario oficial de OSPSA, debiendo contener mínimamente los siguientes datos:

- Apellido y nombre del beneficiario
- Número de beneficiario (CUIL+ORDEN)
- Fecha de prescripción
- Fecha de venta
- Detalle del medicamento
- Cantidad unitaria
- Adjuntar troqueles
- Precio de venta

- Monto total de la receta
- Matrícula del médico
- Leyenda "TRATAMIENTO PROLONGADO" cuando corresponda.

(*4) PLANES ESPECIALES

a) Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando indistintamente a ***http://cronicos.nutrar.com***, ***http://validacionesag.com/*** o bien a través de los sistemas de facturación integrados.
Les rogamos prestar especial atención a los principios activos y cantidades autorizadas, debido a que dichos consumos son monitoreados por el **Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas prevalentes (Nutrar)**. Ante cualquier consulta inherente a lo mencionado, podrán comunicarse al **0810-345-6887**

b) **No se deberán tener en cuenta las limitaciones de cantidad de unidades por receta.**

c) El beneficiario podrá presentar cualquier recetario particular o recetario oficial de OSPSA, debiendo contener mínimamente los siguientes datos:

- Apellido y nombre del beneficiario
- Número de beneficiario (CUIL+ORDEN)
- Fecha de prescripción
- Fecha de venta
- Detalle del medicamento
- Cantidad unitaria
- Adjuntar troqueles
- Precio de venta
- Monto total de la receta
- Matrícula del médico
- Leyenda "TRATAMIENTO PROLONGADO" cuando corresponda.

(*5) PLAN MATERNO INFANTIL

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando indistintamente a ***http://cronicos.nutrar.com***, ***http://validacionesag.com/*** o bien a través de los sistemas de facturación integrados.
Les rogamos prestar especial atención a los principios activos y cantidades autorizadas, debido a que dichos consumos son monitoreados por el **Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas prevalentes (Nutrar)**. Ante cualquier consulta inherente a lo mencionado, podrán comunicarse al **0810-345-6887**

Especificaciones de Ventas para afiliados del P.M.I.

A) **COBERTURAS**:
Para la MADRE: Desde el tercer (3er.) mes de gestación y hasta el primer (1er.) mes posterior al parto.
Para el NIÑO: Hasta el año de vida.

MUY IMPORTANTE II:
a) No se aceptará la venta de leches (enteras, en polvo o Maternizadas o Medicinales, (ESPECIALES) a beneficiarios de la Obra Social.

b) Los productos comerciales en forma farmacéutica comprimidos, tabletas, cápsulas y grageas, NO GOZAN de descuento para la cobertura de recién nacidos (menores de un -1- año) del 100% P.M.I..

LIMITACIONES CANTIDAD PARA PMI
RECETARIOS: Hasta TRES (3) especialidades por receta y hasta una (1) unidad por especialidad.

- **Con "TRATAMIENTO PROLONGADO"** (de puño y letra del profesional): Hasta dos (2) unidades.
- **Antibióticos inyectables monodosis**: Hasta cinco (5) unidades.

LIMITACIONES TAMAÑO
Si indica contenido y potencia: Lo requerido.
Si no indica: El menor.
Si indica la palabra "GRANDE": El inmediato siguiente al menor.
Si erra contenido: El inmediato inferior al indicado.

NOTA: SE PERMITIRAN 3 (TRES) RECETAS POR MES CALENDARIO. En aquellos casos que el beneficiario necesite superar esta cantidad, él mismo puede solicitar autorización al 0800-999-7264, sin tener que retirarse de la Farmacia y validando la venta en el momento.
También las delegaciones de OSPSA, tendrán el sistema que permite autorizar topes de venta en Farmacia.

En Capital Federal y Gran Buenos Aires: podrán autorizar:

SR. OYHAMBURU SERGIO
SRA. FERNANDEZ, EDITH VERONICA
SR. D´ANDREA, JORGE VICTOR
SR. BORGINI, PEDRO
SR. GENTA, NESTOR
SR. ORTIZ, NESTOR
SR. ROMERO, RICARDO

En el Interior del País
Los autorizantes serán los Delegados o persona autorizada quien firmará y sellará cada receta a fin de otorgar la correspondiente autorización.

*(*6) PRESERVATIVOS*

a) Se cubre hasta $ 15000 (Quince mil pesos) por mes en la compra de preservativos, en retiros totales o parciales.
b) La farmacia deberá facturar copia del respectivo ticket o factura, ya que no presentan receta, con la firma, número de documento y demás datos exigidos en la presente, según el caso, y volcar además el código de autorización otorgado por el Centro de Seguimiento.

*(*7) TABAQUISMO*

Las recetas relacionadas con el PROGRAMA DE TABAQUISMO deberán contar con AUTORIZACION de la Obra Social, mediante firma y sello del ***Director Médico y/o Auditor Médico*** de cada una de las Delegaciones.

Los únicos medicamentos con cobertura son los que se detallan en el LISTADO ADJUNTO.

*(*8) RECETARIO OFICIAL*

a) Debe llevar fecha de vencimiento.

b) La validez de la receta no deberá superar la fecha de vencimiento.

MUY IMPORTANTE

DESCUENTOS MIXTOS: A partir de la fecha de vigencia de la presente normativa, **se podrán aceptar recetarios con descuentos mixtos (40%/70%/100%)**. Los mismos deberán estar organizados de la siguiente manera:

- Se realizará una fotocopia del recetario.
- Se facturará en el recetario original el producto que posea el mayor descuento.
- En la fotocopia se facturará el producto de menor descuento. Se deberá indicar en forma manuscrita que el recetario original se encuentra en la presentación del 70%.
- **Obligatoriamente deberán ser presentados en el mismo periodo**.

Exclusivamente para farmacias de Mar de ajo, Mar del plata, Balcarce, San Clemente del Tuyo, Santa Clara del Mar, San Bernardo, Necochea y Santa Teresita:
Tienen validez **los recetarios con papel A4**, en los que los datos personales del afiliado (NOMBRE Y APELLIDO, CUIL, ORDEN, etc.) se encuentran impresos en computadora y personalizados para el beneficiario.

BENEFICIARIOS – 40%, 70% y 100% de Descuento - con Credencial de la Obra Social
Se debe aceptar el RECETARIO OFICIAL, el cual deberá estar cumplimentado de acuerdo al cuadro que detallamos a continuación:

REFERENCIAS DEL CUADRO QUE A CONTINUACION SE DETALLA:

1. Recetario Oficial con impresión por computadora de:
   - Apellido y Nombre del Beneficiario.
   - Nº de Beneficiario (Nro. de Beneficiario (CUIL)).
2. Recetario Oficial con impresión por computadora de:
   - Apellido y Nombre del Titular.
   - Nº de Beneficiario del titular y su grupo familiar. (Nro. de Beneficiario (CUIL) y Nros. de Orden de todos los integrantes del grupo familiar).
   MANUSCRITO: Datos del Familiar.

3. Recetario Oficial con impresión por computadora de:
   - Nº de Beneficiario (Nro. de Beneficiario (CUIL) y Nros. de Orden de todos los integrantes del Grupo Familiar).
   MANUSCRITO: Apellido y Nombre del titular o grupo familiar.

4. Recetario Oficial con datos manuscritos de:
   - Apellido y Nombre del Beneficiario.
   - Nº de Beneficiario (Nro. de Beneficiario (CUIL)).

MUY IMPORTANTE:
LA PRESCRIPCION DEL PROFESIONAL SE PUEDE REALIZAR CON OTRA TINTA QUE LA QUE SE UTILIZO PARA COMPLETAR LOS DATOS FILIATORIOS (Nº de Beneficiario y Apellido y Nombre).
DE COMPLETARSE EL DOMICILIO Y LA LOCALIDAD, ESTOS ESTARAN EN TODOS LOS CASOS EN FORMA MANUSCRITA COMPLETADOS POR EL PROFESIONAL O LA DELEGACION, POR LO TANTO SE ACEPTARA CAMBIO DE TINTA EN ESTOS DOS ITEMS.

DATOS DEL AFILIADO CUMPLIMENTADOS		
DELEGACION		
BAHIA BLANCA	CIUDAD: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
BUENOS AIRES	CAP. FED.: 2	----------
CATAMARCA	CIUDAD: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
CONCORDIA	CIUDAD: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
CORDOBA	CIUDAD: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
CORRIENTES	CIUDAD: 2	RESTO DE LA DELEGAC: 4
CHACO	RESISTENCIA: 2	RESTO DE LA DELEGAC: 4
CHUBUT	TRELEW: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
ENTRE RIOS	PARANA: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
FORMOSA	CIUDAD: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
HURLIGHAM	CIUDAD: 3	RESTO DE LA DELEGAC: 4
JUJUY	CIUDAD: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
JUNIN	CIUDAD: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
LA PAMPA	SANTA ROSA: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
LA PLATA	CIUDAD: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
LA RIOJA	CIUDAD: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
MAR DEL PLATA	CIUDAD: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
MENDOZA	CIUDAD: 2	RESTO DE LA DELEGAC: 4
MISIONES	POSADAS: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
NEUQUEN	CIUDAD: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
PERGAMINO	CIUDAD: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
QUILMES	CIUDAD: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
RIO CUARTO	CIUDAD: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
RIO NEGRO	GRAL. ROCA / CIPOLETTI / BARILOCHE: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
ROSARIO	CIUDAD: 2	RESTO DE LA DELEGAC: 4
SALTA	CIUDAD: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
SAN FRANCISCO	CIUDAD: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
SAN JUAN	ACEPTA EL Nº 4 EN TODA LA DELEGACION	
SAN LUIS	VILLA MERCEDES: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
SAN NICOLAS	CIUDAD: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
SAN PEDRO	CIUDAD: 1	BARADERO: 4
SANTA CRUZ	RIO GALLEGOS: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
SANTA FE	CIUDAD: 2	RESTO DE LA DELEGAC: 4
SANTIAGO DEL ESTERO	CIUDAD: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4

TIERRA DEL FUEGO	USHUAIA: 1	RESTO DE LA DELEGAC: 4
TUCUMAN	CIUDAD: 2	RESTO DE LA DELEGAC: 4
ZONA NORTE	TODA LA DELEGAC: 2	
ZONA SUR	TODA LA DELEGAC: 2	

NOTA:
Ante cualquier duda con respecto a la Delegación a la cual pertenece vuestra Farmacia, rogámosles tengan a bien, comunicarse con nuestro DEPARTAMENTO DE FARMACIAS a los siguientes números telefónicos:
5254-9050 desde Capital Federal o al 0810-345-6887.

*(*9) RECETARIOS PARTICULARES*

SON VÁLIDOS PARA TODOS LOS PLANES:

c) De CUALQUIER HOSPITAL NACIONAL, PROVINCIAL, MUNICIPAL, CENTROS MEDICOS, CLINICAS Y SANATORIO con membrete ORIGINAL.
d) De CUALQUIER MEDICO con membrete preimpreso en ORIGINAL.

Los mismos deberán contener mínimamente los siguientes datos:

a- Número de CUIL del afiliado
b- Nombre completo del afiliado
c- Prescripción de medicamentos con la monodroga
d- Cantidad en número y letras
e- Indicar tratamiento prolongado si corresponde
f- Fecha de prescripción
g- Firma y sello del médico.

*(*10) RECETARIO DIGITAL*

Se podrán recibir recetarios de todas las plataformas digitales, aceptadas por el Ministerio de Salud.

Dichas recetas podrán ser enviadas a las farmacias a través de cualquier medio de comunicación digital. Una vez recibidas, deberán imprimirlas y adosarles los troqueles correspondientes, siguiendo el procedimiento habitual.

*(*11) VALIDEZ DE LA RECETA*

Verificar la fecha de vencimiento de la receta.

*(*12) LIMITACIONES DE CANTIDAD*

Los beneficiarios podrán retirar su correspondiente medicación de acuerdo a lo indicado a continuación:

Planes	Retira Medicación en la Farmacia
CRONICIDAD	Para cubrir dos (2) meses de tratamiento
DISCAPACIDAD	Para cubrir un (1) mes de tratamiento
ANTICONCEPTIVOS	Para cubrir dos (2) meses de tratamiento

*(*13) CONTROLES A REALIZAR*

a) **PARA VERIFICAR LA LEGITIMIDAD DEL RECETARIO**
Según el tipo de recetario se debe controlar:
1) Si el recetario es de tamaño 25,5 x 11,4 cm. Verificar:
A) El número preimpreso sea color rojo y se encuentre fuera del recuadro del recetario (ver modelo a). Este número no debe ser un sello sino un número preimpreso.
NOTA: Hasta nuevo aviso se podrán aceptar recetarios con el número preimpreso **en color NEGRO**.
B) El papel del recetario deber ser: Formulario continuo, detectándose al tacto el troquelado en los cuatro bordes.
C) Controlar el diseño de los recetarios, según muestra adjunta (tipografía de letras, logos y distribución de los recuadros).

2) Si el recetario es de tamaño 27,9 x 21,5 cm. Verificar:
A) El número preimpreso sea color azul y se encuentre fuera del recuadro del recetario (ver modelo b). Este número no debe ser un sello sino un número preimpreso.
B) El papel del recetario deber ser: Hoja tamaño carta.
C) Controlar el diseño de los recetarios, según muestra adjunta (tipografía de letras, logos y distribución de los recuadros).

b) **ADICIONALES**
Verificar en el recetario la existencia de la fecha de prescripción.

*(*14) CONFECCION DE RECETAS*

a) Por cada especialidad vendida (renglón) consignar el precio total de esa especialidad (precio unitario por cantidad vendida).
b) La fijación de los troqueles se hará en el lugar preestablecido (no cubrir ningún otro dato del recetario). Adjuntar en todos los casos los troqueles correspondientes a los medicamentos vendidos.
c) Completar en todos los casos los campos "TOTAL", "A/C BENEF." y "A/C O. SOCIAL".
d) Completar en todos los casos, debajo de la fecha de prescripción del médico, la fecha de venta.
e) **Colocar el código de autorización de venta de medicación crónica en el dorso de la receta.**

*(*15) MODALIDAD DE PRESENTACION Y REFACTURACION*

a) Los distintos descuentos se deberán facturar en planillas de presentación por separado, conforme el siguiente esquema:
- 40% CRONICIDAD
- 70% CRONICIDAD
- 100% ANTICONCEPTIVOS
- 100% DISCAPACIDAD
- 100% PMI

- 100% PLANES ESPECIALES
- PRESERVATIVOS

b) La Farmacia dispondrá de un plazo de sesenta (60) días a partir del mes de consumo de las recetas para efectuar la presentación correspondiente a SANIDAD.

c) Las recetas que contengan medicamentos incluidos en ambos formularios terapéuticos (ambulatorio y cronicidad) se deberán facturar en planillas de presentación por separado (40% AMBULATORIO y 40% CRONICIDAD), colocando en una de ellas la receta original y en otra su fotocopia.

d) La Farmacia dispondrá de treinta (30) días corridos a partir de la fecha de recepción del débito efectuado por la O.S. SANIDAD, para refacturar todas aquellas recetas que (una vez salvados los conceptos que originaron su descuento), sean pasibles del pago respectivo.

e) Para la presentación mensual se deberá numerar en orden correlativo los recetarios en el borde superior derecho, de acuerdo al orden del resumen presentado.

f) **Específico para Farmacias con lector y sistema**:
Atención del Afiliado
Si el beneficiario cuenta con tarjeta magnética, se debe pasar la tarjeta por el lector, tomando de allí los datos filiatorios automáticamente. En caso de atender a beneficiarios del 40% (con carnet provisorio), el farmacéutico deberá ingresar los datos del afiliado que figuran en la credencial en forma manual. Siempre se debe ingresar el N° de Orden de la Receta, para luego realizar la venta. El N° de Orden de la Receta es el que se encuentra en el ángulo superior derecho de la receta, en el recuadro RECETARIO. El mismo está formado por el N° de Serie y el Número de Receta.

Por ejemplo:	Serie	Número	
	97	123456/1	El N° de Orden de la Receta a ingresar será 971234561.

La facturación del mes deberá ser enviada en Disquete, emitiéndose por opción de menú de sistemas, de acuerdo al diseño especificado en el ANEXO I y enviarse a ADMIFARM junto con las recetas y el listado de detalle que remiten mensualmente.
MUY IMPORTANTE:
1) Las refacturaciones se deberán presentar por separado del consumo de cada mes, en una planilla que contenga la leyenda REFACTURACION.
2) No se abonará ninguna receta que haya sido facturada o refacturada fuera de los plazos explicitados en la presente.

*(*16) CREDENCIAL*

IMPORTANTE: CREDENCIALES DIGITALES, Siempre será necesario la presentación del **DNI**, junto a la Credencial Digital.

MUY IMPORTANTE:
TODO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS GENERALES DE ATENCIÓN Y PRESENTACIÓN ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.