# NORMAS DE DISPENSACIÓN
# PENSANDO SALUD
# Red de Farmacias
# FARMANEXUS

**<u>Vigencia:</u> Desde Julio de 2026, y hasta que Farmanexus indique cambios al respecto.**

| **1. Descuentos** | |
|---|---|
| 1.1. Ambulatorio | **40%** |
| 1.2. Plan Materno Infantil (PMI) | **100%**<br>**Siempre con autorización de la OS mediante código de Mis Validaciones** |
| 1.3. Autorizaciones Especiales | **Según Cobertura indicada por la Obra Social** |
| 1.4. Anticoncepción | **100%** |

Los descuentos mencionados se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM ingresado
en https://www.misvalidaciones.com.ar/ (Sistema obligatorio)
Cuando se prescribe una marca no incluida en el vademécum la farmacia debe sustituirla por otra que figure en el mismo (que contenga
el mismo principio activo, concentración y forma farmacéutica).
Cuando se prescribe por principio activo la farmacia debe expender la marca que figura en el vademécum (que contenga el principio activo, concentración y forma farmacéutica indicados).
Si hubiere una marca sugerida por el profesional, la farmacia debe expender la misma, en caso de no haber sugerencia
alguna ofrecerá al beneficiario todas las alternativas disponibles para ese principio activo y presentación.
⚠ **PMI 100%** de descuento para la madre desde el momento de la detección del embarazo y hasta 30 días posteriores al parto y para el
recién nacido hasta el año de vida sobre los productos incluidos en el vademécum.

**CÓDIGO PARA HOMOLOGAR SISTEMAS DE FACTURACIÓN: 1051**



Desde Bs.As. 7700 0902
Desde el interior del país 0810 266 4225
1132533212
redffarmacia@farrmanexus,com.arr
Horario de Atencion: lunes a viernes de 9 a 19hs

# NORMAS DE DISPENSACIÓN
# PENSANDO SALUD
# Red de Farmacias
# FARMANEXUS

## 2. Habilitación del beneficiario

2.1. Documento de Identidad (DNI, LC, LE)
2.2. CREDENDIAL definitiva o provisoria física o virtual (ambas validas)

No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada.

## 3. Recetario

| | |
|---|---|
| Tipo de recetario | **Recetario ambulatorio particular o de instituciones (RP convencional), en formato físico o digital.** |
| Datos que deben figurar en la receta: | Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional y con la misma tinta:<br>□ Denominación de Bienestar Salud/ Obra Social.<br>□ Nombre y Apellido del paciente.<br>□ Número de Afiliado - DNI del afiliado.<br>□ Medicamento/s prescripto/s por droga y cantidad de cada uno. (Puede sugerir marca comercial)<br>□ Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.<br>□ Fecha de prescripción.<br><br>LA AUSENCIA DE CUALQUIERA DE LOS DATOS INDICADOS ANTERIORMENTE ES MOTIVO DE DÉBITO. |
| **3.1** AUTORIZACIONES ESPECIALES | Para los medicamentos de cobertura excepcional la receta vendrá acompañada de un código de pre-autorizacion de Mis Validaciones, que la farmacia deberá colocar en "numero de receta" dentro de la opción "validar receta" de Mis Validaciones. |



Desde Bs.As. 7700 0902
Desde el interior del país 0810 266 4225
1132533212
redffarmacia@farrmanexus,com.arr
Horario de Atencion: lunes a viernes de 9 a 19hs

# NORMAS DE DISPENSACIÓN
# PENSANDO SALUD
# Red de Farmacias
# FARMANEXUS

| | |
|---|---|
| 3.2 COBERTURAS DE EXCEPCION | **Se cubrirán todos los productos de venta bajo receta que figuren en el Vademécum correspondiente**<br><br>EXCLUSIONES GENERALES: Medicamentos y/o Productos de Venta Libre: Pastas, Polvos o Líquidos Dentífricos, Fórmulas Especiales o artículos para limpiar o fijar dentaduras postizas. Callicidas Cepillos de todo tipo. Productos de tocador y belleza. Cremas reductoras. Productos para la estética corporal. Vendas, gasas, alcohol, bolsas de goma y plástico y todo tipo de material descartable y accesorio para curaciones. Leche maternizada, mamaderas, pañales, sondas, etc. Herboristería, Homeopatía y Recetas Magistrales de todo tipo.<br><br>EXCLUSIONES PUNTUALES productos para patologías oncológicas, medicamentos especiales, cubiertos por APE (Administración de Programas Especiales), anorexigenos - dietéticas - pañales de adultos - bolsas de ostomía (estos dos últimos solo se incluyen en planes especiales). |

## Validez de la receta

- **Para la Venta**: El día de la prescripción y los **30** días siguientes.
- **Para la Presentación a FARMANEXUS**: Hasta **60** días a partir de la fecha de venta

## Topes de cobertura

| **Recetarios** | **Descripción:** |
|---|---|
| Cantidad de renglones: | 2 (Dos) |
| Cantidad de envases por renglón | Hasta 1 (Un) envases |
| Cantidad de envases por receta | Hasta 2 (Dos) envases. |
| Límites de tamaño | Hasta 1 (un) envase grande por receta. |
| | Tratamiento Prolongado: con autorización previa. |

| | ***Presentación*** | ***Entregar*** |
|---|---|---|
| 5.1 Antibióticos Inyectables | Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla. | Hasta 5 (cinco) por receta. Se considera tamaño grande a los efectos del límite de envases por receta |
| | Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla. | Hasta 2 (dos) por receta. Se considera tamaño chico a los efectos del límite de envases por receta |



Desde Bs.As. 7700 0902
Desde el interior del país 0810 266 4225
1132533212
redffarmacia@farrmanexus,com.arr
Horario de Atencion: lunes a viernes de 9 a 19hs

| | | |
|---|---|---|
| 5.2 Psicofármacos | • El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia. | |
| 5.3 Otras especificaciones | ***Cuando el médico:*** | ***Debe entregarse:*** |
| | • No especifica cantidades | • El envase de menor contenido. |
| | • Sólo indica la palabra "grande" | • La presentación siguiente a la menor. |
| | • Equivoca la cantidad y/o contenido | • El tamaño inmediato inferior al indicado. |

## 6 Medicamentos Faltantes

Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta.

## Datos a completar por la farmacia

1.1. Fecha de venta;
1.2. Sigla "S/T", si correspondiera.
1.3. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales)
1.4. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;
1.5. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos;
1.6. Ticket de venta, copia o factura manual;

> 🔔NOTA: **No** será necesario completar los datos de fecha de venta ni los importes unitarios y totales, si el ticket de venta que se adjunta ya contiene dicha data.

Las correcciones y enmiendas sobre datos de filiación del paciente deberán ser salvadas por el farmacéutico con su sello y firma.
De existir alguna enmienda hecha por la farmacia en los importes de la receta, ésta deberá estar salvada con la firma del afiliado y consignar la aclaración del error cometido, al dorso de la receta.
Los cambios evidentes en la tinta o letra que detalla los importes a cargo de Obra Social y/o del afiliado, así como la fecha de venta y las enmiendas en el número de orden, deberán estar salvados convenientemente por el farmacéutico.

## Recomendaciones Especiales



Desde Bs.As. 7700 0902
Desde el interior del país 0810 266 4225
1132533212
redffarmacia@farrmanexus,com.arr
Horario de Atencion: lunes a viernes de 9 a 19hs

# NORMAS DE DISPENSACIÓN
# PENSANDO SALUD
# Red de Farmacias
# FARMANEXUS

1.1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente.
1.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
1.3. De acuerdo al orden de la prescripción.
1.4. Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
1.5. Adheridos con cinta adhesiva o goma de pegar (no utilizar abrochadora, debido a que dificultan la lectura del código de barras).

De tener el facturador homologado con Mis Validaciones, el ticket de venta debe contener el código de autorización brindando por el validador mencionado.
Si la farmacia valida por Mis Validaciones directamente, adjuntar el comprobante de validación.



Desde Bs.As. 7700 0902
Desde el interior del país 0810 266 4225
1132533212
redffarmacia@farrmanexus,com.arr
Horario de Atencion: lunes a viernes de 9 a 19hs

Disponer de la siguiente manera la documentación:




Si la farmacia homologa su facturador con el validador de Mis Validaciones, no es necesario presentar el comprobante expendido por la pagina al momento de validar. Tener en cuenta que en estos casos, el codigo de validacion debe estar visible en el ticket de venta.
**NOTA: Aunque el facturador este homologado, la farmacia debe presentar el cierre de lote por Mis Validaciones, de manera excluyente.**

## 9 Método de Validación

1.1. Con la receta a validar en mano ingresar a su usuario de la página Web de “Mis Validaciones”. (www.misvalidaciones.com.ar), seleccionar la obra social y hacer click la opción de menú: Validar receta.
1.2. Colocar el DNI o Nº de afiliado y seleccionar el mismo.
**1.3. Realizar la validación sobre el plan AMBULATORIO y colocar los datos que se solicitan. TODAS las validaciones se realizan a través del plan AMBULATORIO, el sistema indicara cobertura del afiliado sin que la farmacia modifique plan.**

1.4. Cuando la farmacia visualice adjunto a la receta un código de autorización expendido por la OS, la misma deberá colocarlo en el campo “Numero de Receta”.

1.5. Imprimir o anotar en la receta el código de validación emitido por el sistema.

**Cierre del Lote** (Obligatorio): Realizar el cierre de Lote a través de Mis Validaciones (Gestión de Recetas-Lotes). En los campos de droguería a cargar, llenar campos de información (sólo por modalidad del sistema ya que lo solicita para continuar el procedimiento). Incluir las recetas de todos los planes.



Desde Bs.As. 7700 0902
Desde el interior del país 0810 266 4225
1132533212
redffarmacia@farrmanexus,com.arr
Horario de Atencion: lunes a viernes de 9 a 19hs

# NORMAS DE DISPENSACIÓN
# PENSANDO SALUD
# Red de Farmacias
# FARMANEXUS

**La validación es obligatoria: no se aceptaran recetas sin validación.**

## 10. Presentación de Recetas

Farmacias Colegiadas o nucleadas por entidad: Las recetas deberán ser remitidas A LA ENTIDAD CORRESPONDIENTES SEGÚN FECHAS ESTABLECIDAS POR LA MISMA. LAS RECETAS SERAN PRESENTADAS A FARMANEXUS DEL 1 AL 10 DE CADA MES.
Contratación Directa: deberán ser remitidas a Farmanexus del 1 al 10 de cada mes a Humberto 1° 1868, CABA (1229) de lunes a viernes de 9 a 17hs.

**Credenciales modelo:**









Desde Bs.As. 7700 0902
Desde el interior del país 0810 266 4225
1132533212
redffarmacia@farrmanexus,com.arr
Horario de Atencion: lunes a viernes de 9 a 19hs