SUBSIDIO DE SALUD

Instituto de Previsión y Seguridad Social de Tucumán

NORMAS DE PRESTACIÓN

PLANES:

Ambulatorio
Plan Ambulatorio Autorizaciones Especiales
Plan Miastenia Gravis
Plan Hipoglucemiantes
Plan Discapacidad/Crónicos/Varios
Plan Materno Infantil

} Se validan

Internados
Seguro Escolar

} NO se validan

RECETARIO:

Ambulatorio: ▶**Oficial**
▶Particular: de Entes Públicos (**CAPS**, **Hospital**, **Mutualidad)**
de Entes **Privados (Médicos, Sanatorios)**

Las recetas particulares, **NO requieren Bono alguno**. De la consulta del médico (en consultorio privado ó de Caps, Hospital, etc.) el afiliado pasa directamente a la Farmacia.

Se valida consignando el número: **999**.

Las recetas particulares deben contener:

1. Membrete impreso o sello identificatorio en caso de Centros de Atención, Instituciones, Emergencias, Sanatorios, Caps u Hospitales. No se aceptarán recetarios con publicidad salvo que provengan de centros de atención primarios de salud. No se aceptarán fotocopias de recetas.
2. Nombre, apellido del afiliado y número de documento ó CUIL del afiliado ó Número de Afiliado.
3. Medicamentos prescriptos por nombre genérico, pudiendo recomendar un nombre comercial; debiendo especificar: dosis, cantidad en números arábigos y forma farmacéutica.
4. Diagnóstico.
5. Firma y sello del profesional prescriptor con matrícula provincial (de forma legible).

6. Fecha de prescripción (en todo tipo de receta debe ser en números arábigos: 2 dígitos para el día, 2 dígitos para el mes y 2 dígitos para el año)

Plan Materno Infantil: ▶**Oficial con el LOGO del Plan Materno Infantil**.

Una vez prescripta la receta, el afiliado debe concurrir directamente a la Farmacia para su dispensa. **Ya no se requiere la autorización previa del Médico Auditor**.

▶**Particular**: de Entes Públicos (**CAPS**, **Hospital**, **Mutualidad)**
de Entes **Privados (Médicos, Sanatorios)**

Si el paciente presenta una **receta particular**, la misma debe venir adosada al **BONO emitido por la Obra Social**, y Ud. debe validarla consignando el **número de dicho bono**.

Las recetas particulares deben cumplir las mismas exigencias que las detalladas anteriormente (ver Plan Ambulatorio).

Siempre que la receta particular vaya adosada

al Bono emitido por Sub. de Salud,

Ud. debe validar consignando el número de dicho Bono.

La presentación es QUINCENAL y tiene una bonificación del 5%.

A continuación, se especifican los circuitos operativos para la provisión de MEDICAMENTOS Y LECHES EN PLAN MATERNO INFANTIL:

CIRCUITO OPERATIVO PARA LA PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS Y LECHES PMI (INFANTIL):

UNA VEZ SOLICITADO EL INGRESO DEL AFILIADO AL PLAN SE EMITIRÁ UNA CHEQUERA SEGÚN LA EDAD DEL BENEFICIARIO.

ACLARACIÓN:

SE ACLARA QUE LOS RECETARIOS PROVISTOS EN LAS CHEQUERAS SON PARA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EXCLUSIVAMENTE

PRIMERA ETAPA **Desde el nacimiento hasta los 12 meses)** (CHEQUERA A)	SEGUNDA ETAPA		
	Primera chequera: des de los 12 y hasta los 18 meses. (CHEQUERA B)	**segunda chequera:** desde los 18 meses y hasta los tres años de edad (CHEQUERA C)	**Tercera chequera:** desde los 3 y hasta los 6 años de edad (CHEQUERA D)
• Carnet del Niño • 13 órdenes médicas para el control de salud fechadas (dos el primer mes y una por cada mes restante) • **7 recetarios para cobertura del 100 % del Vademécum del Plan.** • Un voucher de práctica especial por otoemisiones acústicas • Un voucher de práctica especial para control de la luxación congénita de cadera.	• Dos consultas médicas pediátricas fechadas (una cada tres meses) • **Dos recetarios para cobertura del 100 % del Vademécu m del Plan.**	• Tres consultas médicas pediátricas fechadas (una cada seis meses) • **Tres recetarios para cobertura del 100 % del Vademécum del Plan.**	• Tres consultas médicas fechadas (una por año) • **Tres recetarios para cobertura del 100 % del Vademécum del Plan.**

CIRCUITO OPERATIVO PARA LA PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS:

UNA VEZ SOLICITADO EL INGRESO DEL AFILIADO AL PLAN SE EMITIRÁ UNA CHEQUERA SEGÚN LA EDAD GESTACIONAL.

Primera Etapa		Primera Etapa
CHEQUERA A: desde la 10 a la 26 semana de gestación	**CHEQUERA B:** desde la semana 24 hasta la semana 40	**CHEQUERA C:** Atención del parto, del recién nacido y de la madre durante el puerperio.
• Consultas: 3 órdenes de consultas médicas especializadas • Practicas bioquímicas • Prácticas: una citología exfoliativa; una ecografía tocoginecológica. • **Tres recetarios para medicamentos** (con cobertura del 100 % para los contenidos en el Vademécum Materno Infantil).	• Consultas: 6 órdenes de consulta médica. • 2 órdenes de consulta pediátricas prenatales. • Laboratorio • Prácticas: 2 ecografías tocoginecológicas. • **3 recetarios para medicamentos** (con cobertura del 100 % para los contenidos en el Vademécum Materno Infantil).	• Para la madre: un voucher de pago de internación • 1 consulta para procreación responsable. • **3 recetarios para medicamentos** (con cobertura del 100 % del Vademécum del Programa Materno Infantil). • Para el recién nacido: Laboratorio screening neonatal.

Plan Hipoglucemiantes Orales
Plan Miastenia Gravis,
Planes Discapacidad,
Crónicas y Varios

▶**Oficial**

RECETARIOS AMBULATORIOS ESPECIALES PRE-IMPRESOS

Existen también RECETARIOS AMBULATORIOS ESPECIALES PRE-IMPRESOS: para aquellos casos donde se requiere auditoría previa: productos especiales y en caso donde se prescribe más de un medicamento por renglón; **"Plan Hipoglucemiantes Orales**, **Plan Miastenia Gravis**, **Planes Discapacidad**, **Crónicas** y **Varios** y **Plan Materno Infantil**".

Internado: ▶ Particular con leyenda "Internado" y Nº de habitación.

% A/C O.SOC.:

* Ambulatorio, Ambulatorio con Autorizaciones especiales e Internado: **40%** a cargo de la Obra Social.
* Plan Hipoglucemiantes Orales: Más de 40 menos de 90% a cargo de la Obra Social. En la validación se especifica el %.
* Plan Miastenia Gravis y P. M. Infantil: **100%** a cargo de la Obra Social.

Planes Discapacidad, Crónicos y Varios: Cobertura del 70 ó 100% (ver validaciones)

VALIDEZ DE LA RECETA:

30 días a partir de la fecha de emisión.

PRESCRIPCIONES POR RECETA:

* Ambulatorio y demás planes: Hasta **2** prescripciones por receta.
*Solo en Internado es: Sin Límite.

CANTIDAD DE MEDICAMENTOS:

1 por prescripción, salvo excepciones que se detallan a continuación:

Medicamento	***Ambulatorio***	***Internado***	***Multidosis***
Iny. Antibióticos y Metronidazol unitarios por receta	5	6	1
" Analgésicos " " "	5	6	
" Corticoides " " "	5	6	
Sueros por receta		6	
Solv. Indoloros unidades por receta		6	

TROQUELADO: SI

OBSERVACIONES:

COBERTURA:

- **Ambulatorio y demás Planes**: Únicamente los **PRODUCTOS incluidos en VADEMÉCUM vigente.**
- **Internado:** Sin vademécum.

Los prescriptores médicos y odontólogos deberán ajustarse a las siguientes pautas al momento de prescribir medicamentos.

Prescripciones en Recetario Oficial:

1. El profesional deberá prescribir dentro de la fecha de validez del recetario.
2. En el caso del profesional odontólogo solo podrá prescribir medicamentos dentro del ámbito de su incumbencia profesional.
3. La prescripción deberá ir expresamente dirigida a la persona que figure como beneficiario de la receta.
4. La prescripción debe ser efectuada en forma manuscrita, con letra legible y sin abreviatura, indicando nombre del medicamento, dosis, forma farmacéutica y número de unidades de la presentación SOLAMENTE DE PRODUCTOS INCLUIDOS EN EL VADEMECUM DEL INSTITUTO.
5. Para el caso que se prescriba más de una unidad, salvo las excepciones enunciadas anteriormente, el profesional tratante deberá justificar la misma mediante reseña de historia clínica y plan de tratamiento, lo que será evaluado por auditoría médica del Instituto. En caso que sea aprobado, la receta deberá contar con la autorización en forma previa a la dispensación.
6. Fecha de prescripción, con números arábigos. Se usarán los dos primeros casilleros para el día, los dos segundos para el mes y los dos terceros para el año. Cuando el día ó mes correspondan a una expresión de un solo dígito, completará con 0 (cero) a la izquierda. Tener en cuenta el período de validez del recetario para tal fin.
7. Diagnóstico en forma legible.
8. Firma y sello, el sello deberá indicar en forma legible el nombre, profesión y matrícula profesional provincial. En caso de no cumplirse con estas normas la Farmacia no deberá dispensar el medicamento.
9. Cualquier cambio de tinta o enmienda deberá ser salvada por el profesional prescriptor, debiendo firmar y sellar de nuevo la receta en el lugar asignado para tal fin.

Prescripciones en Recetarios NO Oficial: Deberán tener los siguientes datos:

1. Nombre, apellido y número de documento o CUIL.
2. Medicamentos prescriptos por nombre genérico, pudiendo recomendar un nombre comercial; debiendo especificar; dosis, cantidad y forma farmacéutica.
3. Diagnóstico.
4. Firma y sello del profesional prescriptor (de forma legible).

5. Fecha de prescripción.
6. La emisión del Recetario Rp no exime a la receta original de las normas de prescripción detalladas para recetarios oficiales.

VACUNAS

El Sistema de dispensa descentralizada de medicamentos ambulatorios sólo reconocerá vacunas que estén incluidas en el vademécum de medicamentos ambulatorios (vacunas antitetánicas y aquellas que no estén incluidas en el calendario oficial de vacunación).

Cantidad y Tamaño a entregar:

A) La cantidad nunca podrá ser mayor que la cantidad prescripta. Si la receta no indica cantidad, sólo se entregará un envase.
B) La Farmacia podrá expender por receta hasta 2 (dos) especialidades medicinales.
C) Se puede dispensar dos especialidades de igual marca con distinta forma farmacéutica y/o dosis. No se podrá dispensar el segundo renglón si corresponde exactamente a la misma presentación del primero (principio activo, forma farmacéutica y dosis).
D) En cada renglón de prescripción se reconocerá 1 (una) unidad a excepción de antibióticos (incluida la droga metronidazol), analgésicos y corticoides en presentación inyectable monodosis hasta 5 (cinco) ampollas. Antibióticos, analgésicos y corticoides en presentación inyectable multidosis, solo 1 (una) caja.
E) Para el caso que se prescriba más de 1 (una) unidad, el profesional tratante deberá justificar la misma mediante historia clínica y plan de tratamiento. Ello será evaluado por auditoría médica del Instituto. En caso que sea aprobado, la receta deberá contar con la autorización en forma previa a la dispensación.
F) Deberá estar indicado claramente el contenido y dosis de cada uno de los productos prescriptos. Si no lo estuviera, la Farmacia entregará el de menor dosis y/o contenido.
G) Si la prescripción no aclara contenido y sólo indica "grande", se dispensará el tamaño de presentación siguiente al menor, en orden ascendente.
H) Si no dispusiera del tamaño indicado y el afiliado así lo aceptara, por escrito en la receta, podrá entregar un tamaño menor, nunca mayor.
I) En ningún caso y bajo ningún concepto podrá fraccionarse el contenido de un envase.

Información a Completar por la Farmacia

Fecha de dispensación: Con números arábigos, se usarán los dos primeros casilleros para el día, los dos siguientes para el mes y los dos terceros para el año. Cuando el día o el mes correspondan a una expresión de un solo dígito, completará con 0 (cero) a la izquierda. La fecha de prescripción no podrá superar en más de 30 (treinta) días corridos a la fecha de prescripción de la receta, contándose la fecha de prescripción como primer día.

Reemplazo de marca comercial: Conforme a lo dispuesto por la Ley de Promoción de la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico, N° 25.649 y su Decreto reglamentario N° 987/2003, en caso de que la Farmacia efectúe un reemplazo de marca comercial, a solicitud del afiliado, el mismo deberá ser realizado siempre y cuando se respete el mismo principio activos, dosis, forma farmacéutica y cantidad. Asimismo, el Farmacéutico está obligado a consignar en la receta, de su puño y letra, el reemplazo realizado, individualizando el mismo por su nombre genérico y de marca comercial, según el caso, seguido de la fecha, firma y sello donde conste su nombre, apellido y matrícula. La conformidad del adquirente con relación a la información recibida por el profesional y al reemplazo efectuado deberá también quedar plasmada en el lugar del recetario destinado a tales fines (firma, aclaración, domicilio y teléfono).

Medicamentos no Dispensados: La Farmacia tachará con una línea, con tinta indelible, los espacios correspondientes a productos no entregados definitivamente, como así también los correspondientes a los precios.

Troqueles: Deberán ser adheridos los troqueles con su código de barras en el mismo orden en que fueron prescriptos. Deberán tomarse los recaudos necesarios para no alterar el troquel con raspaduras, perforaciones, tachaduras u otras marcas que no permitan percibir con claridad y plena seguridad los datos esenciales del medicamento o que puedan suponer la reutilización de los mismos. Si el producto no tuviere troquel deberá colocarse la sigla S/T y adherirse el código de barras correspondiente (sólo en los casos que el código de barras no pudiera ser despegado del envase, el farmacéutico deberá completarlo en forma manuscrita). Los troqueles deberán estar en perfecto estado y sin deterioro de ningún tipo, ya que no serán abonadas aquellas recetas que posean troqueles con perforaciones, pinchazos, pegamento, tachaduras o cualquier otro signo de uso previo.

Firma del Farmacéutico y sello de la Farmacia: Deberá estamparse el sello de la farmacia, tiene que ser legible, contener razón social, nombre del Director Técnico, matrícula, dirección y teléfono de la misma. La receta deberá, asimismo, estar firmada por el farmacéutico.

Afiliado y/o tercero autorizado a la compra: El afiliado o tercero deberá firmar de puño y letra, completando los siguientes datos: firma, aclaración y documento.

Presentación del comprobante de venta: Las normas de facturación de la venta de medicamentos dependerán del controlador fiscal con que cuente la farmacia. Se pueden dar las siguientes situaciones:

A. Impresora Fiscal: en este caso, la farmacia deberá adjuntar a la receta el voucher que emite el controlador fiscal con carácter de no fiscal ***debiendo el mismo contar con la conformidad de la persona que retiró el medicamento.***

B. Caja registradora electrónica fiscal: deberá adjuntar a la receta el comprobante de validación o el comprobante interno emitido por el sistema interno de la farmacia en el cual el farmacéutico deberá consignar de puño y letra el número de ticket de la registradora fiscal, ***debiendo el mismo contar con la conformidad de la persona que retiró el medicamento.***

C. Factura manual y/o electrónica con ***firma de conformidad del paciente***

Si opta por la opción A ó C, debe consignar el N° de comprobante de validación en la receta.

TOPE DE RECETAS POR MES:
Pacientes activos = 2 recetas x mes
Pacientes jubilados = 3 recetas x mes
Este tope es solamente para las del 40%.
Las de los demás planes no se suman

PRODUCTOS ESPECIALES:

Plan Ambulatorio Autorizaciones Especiales.

TODOS ESTOS CASOS REQUERIRAN PARA SU DISPENSACION CONTAR CON LA AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA OBRA SOCIAL.

- Leches especiales, orexígenos y suplementos dietarios.
- Sildenafil, tadalafilo, vardenafil o similares.
- Cobertura de la obesidad: solo se autorizara el principio activo Orlistat.
- Productos dermatológicos: Únicamente productos incluidos en vad. de productos especiales vigente prescriptos por medico dermatólogo y/o pediatra (para caso de tratamientos pediátricos). Antiacneico. Antipsoriasico, Estimulantes Crec. Faneras, Regeneración Capilar, Corticosteroide Tópico, Hinibidor de la Melanogénesis, Antialopécico, Trat. Tópico de la Rosácea, Epitelizante Regenedaor, Tópico para Verrugas, Antiescaras, Antiseborréico, Inmunoestimulante Tópico y Nutriente Dérmico.
- Material de diagnóstico: Sólo se reconocerán las Tiras Reactivas para el control de la glucemia y Bario Sulfato como medio de diagnóstico y los laxantes usados en la preparación para el mismo.
- Presentaciones grandes (más de 60 comprimidos).
- Productos de costo elevado:

Ácido hialurónico

Ácido Zoledrónico

Activador Tisular del Plasminógeno

Adenofovir Dirpicoxil

Cinacalcet

Danazol 200 mg x 100

Denosumab

Enoxaparina Sódica

Ertapenem

Hialuronato sódico

Inmunog. Antilinfocito t humana (Grafalon)

Inmunoglobulina Anti RHO

Paliperidona

Rufinamida

Somatotrofina

Teriparatida

Toxina botulínica

Triptorelina

Ulipristal acetato

SERVICIO DE RECIPROCIDAD: Sujeto a las mismas normas de cobertura con un descuento del 40%. Deberá verificarse el "Vencimiento de la Cobertura" colocado en el reverso de la receta, ya que si se encuentra vencido NO deberá dispensarse.

FACTURACIÓN: Las recetas deberán presentarse en lotes de hasta 100 recetas debidamente foliadas, adjuntado a cada uno la carátula correspondiente discriminada por Plan..

TOPE DE MEDICAMENTOS

Si dentro del mes calendario, el afiliado consumió los 2 recetarios (afiliado activo) ó 3 recetarios (afiliado pasivo) el sistema dará aviso de **cupo no disponible**. En estos casos, el afiliado deberá concurrir a la Obra Social para solicitar la autorización de un recetario extra

ANULACION DE VALIDACION

Las transacciones podrán ser anuladas dentro de un plazo de **7 (siete) días corridos**.

AUDITORIA POSTERIOR

La validación on-line no exime a las recetas de una posterior auditoría formal.

RECETA VALIDADA = SE PUEDE DISPENSAR

RECETA QUE EL SISTEMA NO VALIDA = NO DISPENSAR

DÉBITOS

A. **Débitos Refacturables (códigos 100)**. Suponen diferencias de menor cuantía por lo que, una vez salvado el error que generó el débito, pueden refacturarse en liquidaciones siguientes.

   101. Falta de Diagnóstico.

   102. Falta sello de la Fcia y/o firma del farmacéutico. No será aceptado el sello personal del farmacéutico, debe adjuntarse el sello de la farmacia.

   103. Nombre y/o matrícula provincial del profesional prescriptor no legible.

   104. No cumple normas de facturación.

   105. Falta fecha de dispensa, esta observación se puede salvar siempre y cuando se adjunte el comprobante de dispensa correspondiente.

   106. Enmienda no salvadas por el farmacéutico, relacionadas al llenado de su incumbencia.

   Las recetas devueltas a la Farmacia para subsanar el o los errores producidos, deberán ser completadas salvando la incorrección de quién los haya cometido: el médico prescriptor, el farmacéutico.

   La refacturación de las recetas corregidas será practicada durante la próxima liquidación con carátulas separadas con el enuncio recetas refacturadas.

B. **Débitos parciales no refacturables (códigos 200)**. Representan aquellas recetas en las que las observaciones se limitan a un solo renglón o Rp de la receta. Constituyen un débito parciales de la receta por lo que no se devuelven al prestador, quedan archivadas.

   201. Troquel no coincide con autorizado on line en Rp1 o Rp2.

   202. Producto excluido o fuera de vademécum en Rp1 o Rp2.

   203. Troquel autorizado on line faltante en Rp1 o Rp2.

   204. Troquel no coincide con prescripción en Rp1 o Rp2.

   205. Troqueles deteriorados.

206. Se dispensa y factura un medicamento con distinta forma farmacéutica o en mayor tamaño y/o dosis que el prescripto por el médico en Rp1 o Rp2.

207. Inconsistencia en el reemplazo de marca comercial del Rp1 o Rp2.

Aplicada a las siguientes situaciones:

1. La sustitución del medicamento por parte del farmacéutico no se realiza correctamente; el medicamento sustituido no se corresponde en alguna de sus características con el recetado por el médico.
2. El farmacéutico no registra la sustitución realizada, firmando y sellando nuevamente y/o el afiliado no firma dando su conformidad para la sustitución realizada.
3. Se realice una sustitución de marca comercial por otra de mayor precio. Este incumplimiento de la ley sólo podrá exceptuarse en casos que no haya otra alternativa o que el afiliado de expresa conformidad de elegir la marca de mayor precio.

C. **Débito total no refacturable (códigos 3**00). Se refieren a errores de mayor gravedad. Suponen un débito definitivo del total de la receta, no son refacturables y se devuelven al prestador.

301. Troquel no coincide con autorizado on line en ambos renglones o Rp.

302. Producto excluido o fuera de vademécum en ambos Rp.

303. Troquel autorizado on line faltante en ambos Rp.

304. Troquel no coincide con prescripción en ambos Rp.

305. Troqueles deteriorados en ambos Rp.

306. Se dispensa y factura un medicamento con distinta forma farmacéutica o en mayor tamaño y/o dosis en ambos Rp.

307. Inconsistencia en el reemplazo de marca comercial de ambos Rp (aplicada a las mismas situaciones que los débitos 207).

308. Falta de auditoría previa y/o la prescripción en recetarios ambulatorios de Productos Especiales (dichos productos deberán ser prescriptos en recetarios ambulatorios especiales).

309. Receta ya procesada. Se debitarán todas aquellas recetas rechazadas (códigos 300) que ingresan nuevamente al sistema.

310. Fecha de prescripción anterior a la fecha de emisión del recetario o después del vencimiento del mismo.

311. Fecha de venta > fecha de prescripción en más de 30 (treinta) días.

312. Falta firma y aclaración del afiliado o tercero interviniente. Este código será aplicable cuando efectivamente falta la firma de conformidad y los datos solicitados (aclaración, domicilio, etc.).

313. Enmiendas no salvadas por el profesional prescriptor.

314. Falta firma o sello del médico.

315. Recetario no vigente o inexistentes.

317. Recetas no validadas.

318. Falta del comprobante fiscal de venta.

319. Receta sujeta a revisión por parte de la auditoría del Instituto.

Procede esta observación cuando se detecten recetas con irregularidades que puedan dar lugar a auditoría posterior (adulteración de troqueles, firmas presuntamente falsificadas, consumo excesivo de medicamentos por el mismo afiliado, firmas de afiliados/médicos no coinciden con las originales en el salvado de enmiendas en un porcentaje significativo de una misma facturación mensual, reiterados casos de sobrefacturación en el importe a cargo del afiliado, casos en los que se detecta hiperconsumo de medicamentos por los afiliados, alta tasa de prescripción de un profesional, etc.

Las recetas con códigos 319 no son recetas debitadas, están retenidas para su análisis debido a la existencia de desvíos o incumplimientos graves de las normas que justifiquen una auditoría posterior para la decisión o no del pago de las mismas. Pudiendo ser motivos de sanciones a profesionales prescriptores, farmacias o afiliados.