Índice

1. **Acreditación del Socio.**
   1.1 Especificaciones sobre la credencial. Credencial Física. Credencial Virtual.
   1.2 Especificaciones sobre el Certificado Provisorio.
2. **Prescripción Médica – Recetario.**
   2.1 Consideraciones a tener en cuenta.
3. **Expediente de Autorización de Medicamentos.**
   3.1 Casos particulares.
4. **Porcentajes de cobertura según Servicios de Salud**
5. **Exclusiones**
   5.1 Exclusiones generales a la cobertura
   5.2 Exclusiones con excepción
   5.3 Exclusiones en vacunas
   5.4 Exclusiones en vacunas con excepción
6. **Requisitos Generales para la Facturación.**
   6.1 Documentación a presentar
   6.2 Plazo y cantidad de presentación
   6.3 Normas Generales
7. **Reenvío de documentación**
   7.1 Débitos refacturables
   7.2 Débitos no refacturables
8. **Programa Materno Infantil.**
9. **Modos de Contacto: Exclusivo Prestadores**

1. ACREDITACIÓN DEL SOCIO

Para que el Socio acceda a los medicamentos prescriptos, el Farmacéutico deberá solicitarle la siguiente documentación:

- **Credencial del Socio** (Física o Virtual) o **Certificado Provisorio,**
- **Documento de Identidad (DNI):** como constancia de que el beneficiario es el titular de la credencial; teniendo en cuenta que la misma es **personal e intransferible**,
- Para acceder a los medicamentos que se encuentren dentro de los **Programas de cobertura especial**, además de los requisitos anteriormente detallados, el Socio deberá presentar el expediente de autorización de medicamentos; con excepción del **Programa Materno Infantil** cuya modalidad operativa específica se encuentra explicitada en la Normativa específica.

1.1 ESPECIFICACIONES SOBRE LA CREDENCIAL

El socio podrá optar por acceder a la prestación o atención, con la credencial **física o la credencial virtual,** teniendo ambas la misma validez.

a) **Credencial física:** Credencial habilitante que lo identifique como tal. La misma debe encontrarse en vigencia. Verifique las fechas de activación y vencimiento.

MODELO DE CREDENCIAL FISICA

Referencias:

01. Número Único: número de tarjeta de crédito de 16 a 18 dígitos según corresponda. Identificación Única e Irrepetible (No válido para facturar).
02. Información General del Socio: número de Socio; Nombre y Apellido, DNI, Plan de Salud
03. Banda Magnética: información para el acceso a servicios por lectoras magnéticas.
04. Código: números únicos de seguridad.
05. Fecha de vencimiento y de activación, de la credencial.

b) Credencial virtual: dicha Credencial se encuentra disponible en la aplicación para socios **Jerárquicos Móvil,** la cual contiene la misma información actualmente suministrada en la credencial física.

MODELO DE CREDENCIAL VIRTUAL

Referencias:

01. QR con datos de la banda magnetica
02. Foto de Perfil (elegida por el Socio)
03. Logo Animado de Jerarquicos
04. Datos de la Credencial

IMPORTANTE: ***EL LOGO ANIMADO (EN MOVIMIENTO) DE LA CREDENCIAL ACREDITA QUE LA MISMA NO SE TRATA DE UNA FOTO TOMADA.***

Tocando la credencial virtual, la misma girará, presentando la misma información hoy disponible al dorso de la credencial física:

Si el socio tiene activo el **Programa Materno Infantil,** ya sea con el plan de cobertura para la **Madre** o para el **Niño**, se visualizará dicha condición en la credencial virtual, como se muestra a continuación:

1.2 ESPECIFICACIONES SOBRE EL CERTIFICADO PROVISORIO

El **certificado provisorio** debe ser presentado ante la circunstancia de credencial en trámite o eventual ausencia de la misma. El mismo se emite desde la Administración de Jerárquicos, pudiendo también el Socio imprimirlo ingresando al sitio de autogestión de la página web. (Válido para Credencial Física)

MODELO DE CERTIFICADO PROVISORIO

JERÁRQUICOS

CERTIFICADO PROVISORIO

Fecha de emisión:	18/09/2015
Apellido y nombre:	ECHEVETTI, AUGUSTO DANIEL
Número de socio:	**96505 - 00**
DNI:	32327035
Servicio de salud:	**PMI 2000**
Inicio de cobertura:	01/09/2012
Validez del certificado:	18/10/2015

Sr. Prestador:

- El poseedor del presente certificado provisorio tiene su credencial en trámite.

- El certificado tendrá validez únicamente cuando el socio presente el documento que acredite su identidad.

2. PRESCRIPCIÓN MEDICA / RECETARIO

Toda prescripción médica, deberá ser confeccionada por el profesional prescribiente, con letra perfectamente clara, legible y completa con todos los datos inherentes a la misma:

- Nombre y Apellido del Socio.
- N° de Socio.
- Prescripción del medicamento, según la **Ley de Genéricos:** *"por nombre genérico del medicamento o denominación común internacional seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración"*.
- Diagnóstico presuntivo.
- Localidad y fecha de emisión.
- Firma y Sello del profesional

2.1 Consideraciones a tener en cuenta

Enmiendas: Se recuerda que toda **tachadura, enmienda o raspadura**, deberá ser salvada por el profesional emisor, indicando al dorso del documento el dato correcto, refrendando el mismo mediante firma y sello.

Validez de la Prescripción: se reconoce para la prescripción médica un plazo máximo de **15 (quince) días corridos** computados a partir de la fecha de prescripción que consta en el documento, vencido el cual las farmacias no deberán dar curso al pedido de expendio.

Número de medicamentos y cantidad de unidades: el médico sólo puede prescribir un (1) envase de medicamento por renglón y hasta tres (3) medicamentos por receta, quedando, en este caso, exceptuados los medicamentos propios de Programas especiales y/o de cobertura diferencial, donde el profesional puede prescribir más de tres (3) medicamentos con autorización previa de la Obra Social.

Formato de recetario: se aceptará cualquier formato de prescripción médica/recetario, siempre que incluya en su encabezado la sigla "Rp/", independientemente del diseño de recetario

oficial que se anexa a la presente Normativa. (Ver Modelo de Recetario de Medicamento adjunto)

<u>IMPORTANTE</u>: EN TODOS LOS CASOS UNA VEZ ENTREGADO EL/LOS MEDICAMENTOS, EL SOCIO DEBERÁ DAR CONFORMIDAD AL/LOS MISMO/S CONSIGNANDO SU FIRMA, ACLARACIÓN, DNI Y FECHA. REQUISITO QUE SUPONE CONFORMIDAD CON LA RECETA EXPENDIDA, TANTO EN LO REFERENTE A LOS MEDICAMENTOS PROPIAMENTE DICHO COMO ASI TAMBIÉN A LOS PRECIOS Y DESCUENTOS PRACTICADOS.

MODELO DE RECETARIO

Referencias:

01. Datos del Socio (N° de Socio; Nombre y Apellido; Edad; Sexo)
02. Descripción de la medicación (Monodroga; Nombre Comercial; Presentación; Dosis Diaria)
03. Diagnóstico presuntivo
04. Fecha, Localidad
05. Firma y Sello del Profesional
06. Firma, Aclaración y DNI del Socio. Fecha de entrega.

3. EXPEDIENTE DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

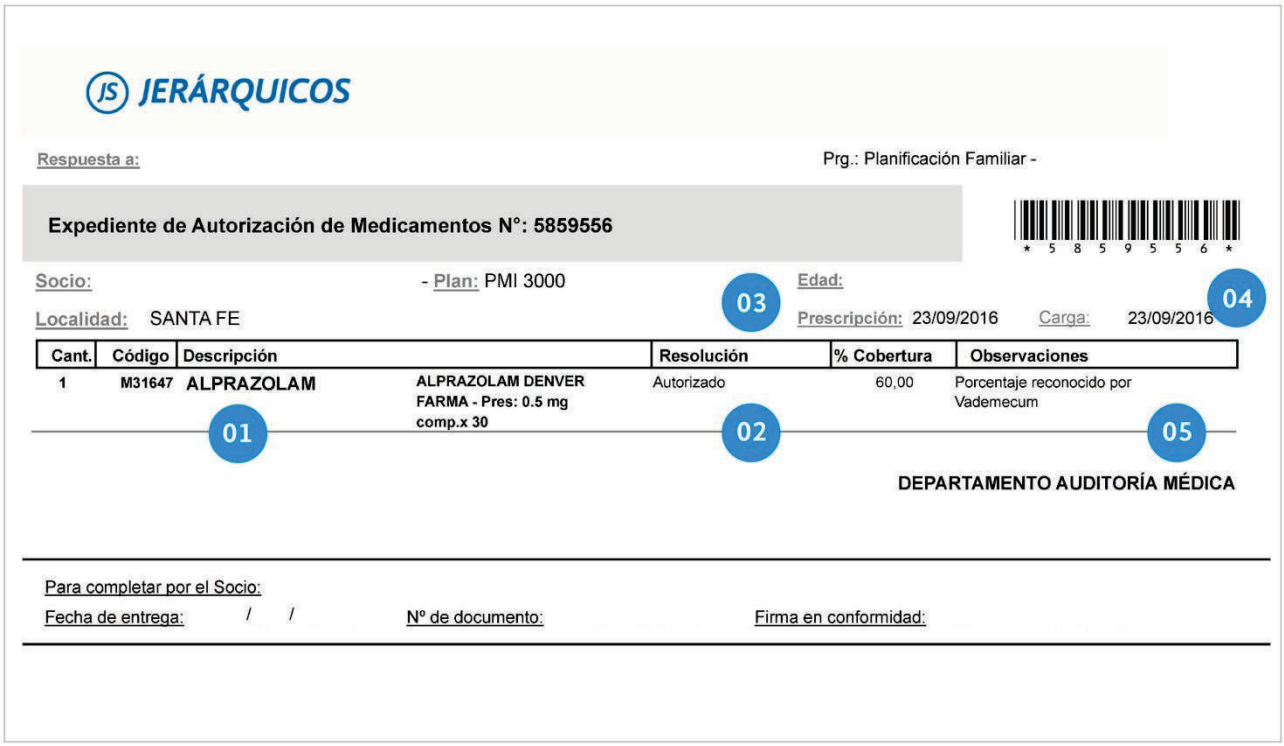
El acceso por parte del Socio a los medicamentos prescriptos que no requieren autorización previa de Jerárquicos, se efectúa a través de la presentación de credencial y DNI.

En los casos de medicamentos prescriptos que si requieren previa autorización, el Socio deberá gestionar la misma a través de algunas de las vías de comunicación existentes para tal fin.

Como respuesta a la solicitud de autorización de parte del Socio, Jerárquicos remitirá el Formulario denominado **"Expediente de Autorización de Medicamentos"**, el cual constituye un elemento esencial para la dispensa del medicamento autorizado, presentación de la facturación y reconocimiento para su pago.

Es indispensable, que éste se envíe adjunto al recetario original, al momento de su presentación y el mismo se encuentre completo con todos los datos solicitados en dicho documento. Este formulario cuenta con un N° de Expediente único e irrepetible, el cual constituye en elemento de control de la auditoria.

MODELO DE EXPEDIENTE DE AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS



JERÁRQUICOS

Respuesta a: Prg.: Planificación Familiar -

Expediente de Autorización de Medicamentos N°: 5859556

* 5 8 5 9 5 5 6 *

Socio: - Plan: PMI 3000 (03) Edad: (04)

Localidad: SANTA FE Prescripción: 23/09/2016 Carga: 23/09/2016

Cant.	Código	Descripción		Resolución	% Cobertura	Observaciones
1	M31647	ALPRAZOLAM (01)	ALPRAZOLAM DENVER FARMA - Pres: 0.5 mg comp.x 30	Autorizado (02)	60,00	Porcentaje reconocido por Vademecum (05)

DEPARTAMENTO AUDITORÍA MÉDICA

Para completar por el Socio:

Fecha de entrega: / / Nº de documento: Firma en conformidad:

Referencias:

01. Descripción: Monodroga / Marca Comercial del Medicamento

02. Resolución: se indica el estado de la autorización**. (1)** Ej. No requiere autorización

03. Prescripción: se indica la fecha de la prescripción médica

04. Carga: se indica la fecha de carga al Sistema del pedido de autorización

05. Observaciones: en este espacio el Médico Auditor de Jerárquicos informará todo aquello que considere necesario aclarar al Socio o al Prestador. Por ej.: Justificación de Rechazo.

(1) Las alternativas de **Resolución** podrán ser:

- **No requiere autorización:** si la medicación solicitada no requiere de la misma. (Según normativas vigentes).
- **Pendiente de resolución:** en este caso el expediente no es válido hasta su resolución.
- **Rechazado:** refiere a los medicamentos que no han sido autorizados por nuestra Auditoría y, en consecuencia, no deberán ser facturados a Jerárquicos.
- **Autorizado:** refiere a los medicamentos que la Auditoría de la Obra Social ha autorizado, por lo que pueden ser válidamente facturados por el Prestador.

Solamente en los estados correspondientes al **primer y último ítem**, Jerárquicos hará efectivo el pago de la facturación. En los demás casos, la documentación recibida será observada y devuelta por no reunir las condiciones anteriormente descriptas.

El Prestador que recibe de un asociado de Jerárquicos el "Expediente de Autorización de Medicamentos", debe exigir al mismo tiempo la respectiva "Prescripción Médica Original", y verificar la concordancia de los datos estipulados en ambos documentos (Fecha de Prescripción Médica; Medicamentos autorizados), a los fines de evitar confusiones e inconvenientes al momento de facturar la prestación realizada.

3.1 Casos particulares

1. SIN STOCK

Las farmacias procederán a la dispensa del/los medicamento/s autorizados por la Obra Social. En caso de no contar en stock con la medicación autorizada, se podrá aplicar la "Ley de Genéricos" (Ley 25.694), previo consentimiento del Socio en la receta médica solicitando sustitución.

2. DIFERENCIA DE PRECIO

En los medicamentos autorizados al 100%, debe respetarse el nombre comercial que figura en el "Expediente de Autorización de Medicamentos" emitido a requerimiento del Socio. En caso de tener que sustituirlo/s por un genérico de mayor valor, se deberá consultar previamente a la

Obra Social.

Si la farmacia procede a la dispensa de un medicamento de importe superior al autorizado por Jerárquicos, sin el consentimiento de la Auditoría, se abonará el importe del medicamento que figure en la Autorización.

4. PORCENTAJES DE COBERTURAS SEGÚN SERVICIOS DE SALUD

Según su Servicio de Salud, el Socio tendrá acceso a la siguiente cobertura:

SERVICIO DE SALUD	% DE COBERTURA
PMI	**40%**
PMI 2886	
PMI SOLTERO	
PMI 2886 SOLTERO	
PMI MONOTRIBUTO	
PMI MONOTRIBUTO SOLTERO	
PMI JUB	
PMI 2000	**60%**
PMI 2886/2000	
PMI MONOTRIBUTO 2000	
PMI JUB 2000	
PMI 3000	
PMI 2886/3000	
PMI JUB 3000	

PLAN PMO: las personas que se encuentran dentro del Programa Médico Obligatorio (PMO) poseen otro tipo de credencial que lo identifica como tal, su cobertura en medicamentos es del 40% y sólo las farmacias asignadas para tal fin podrán facturar.

COBERTURA DIFERENCIAL: dichos porcentajes (Ej.: 100%) están asociados a coberturas específicas y establecidas para Programas especiales, previa autorización de la Obra Social.

5. EXCLUSIONES

5.1 Exclusiones a la cobertura

- Medicamentos de venta libre.
- Medicamentos sin aprobación de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).
- Bioenergizante.
- Dispositivo Intrauterino / Anillo vaginal / Parche anticonceptivo /Anticoncepción subdérmica.
- Emolientes.
- Energizante Psicofísico.
- Fórmulas de preparados magistrales.
- Productos dietéticos y de herboristería.
- Productos homeopáticos.
- Reconstituyente Dérmico / Dermatocosméticos / Nutriente dérmico.
- Tratamiento de cesación tabáquica.
- Tratamiento de la Disfunción Eréctil.
- Tratamiento Disfunción Sexual Masculina.
- Vacunas incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación (ver apartado: Exclusiones en Vacunas).

5.2 Exclusiones con excepción

Los medicamentos del siguiente listado se encuentran excluidos excepto que los mismos

estén indicados para Socios que se encuentren en **Programas con Cobertura especial**. En este caso, el Socio deberá presentar al Farmacéutico el "expediente de autorización de medicamentos" junto a la credencial de Jerárquicos y el DNI.

- Insumos / descartables.
- Inductor Ovulación.
- Leches maternizadas y medicamentosas.
- Medicamentos para tratamiento de la obesidad.
- Orexígeno.
- Anorexígeno.
- Polivitamínico Polimineral.
- Polivitamínico.
- Reconstituyente General

5.3 Exclusiones en vacunas

Vacunas de HPV (Virus del Papiloma Humano): quedan excluidas de la cobertura todas aquellas personas que se encuentran fuera del grupo contemplado en el Calendario de Vacunación (niñas de 11 años de edad).

Vacunas para la prevención del Herpes Zoster: quedan excluidas de la cobertura.

5.4 Exclusiones en vacunas con excepción

Las vacunas de la siguiente tabla se encuentran excluidas excepto en los casos que se detallan a continuación y teniendo en cuenta las siguientes observaciones:

DESCRIPCIÓN	DOC. A PRESENTAR	OBSERVACIONES
Vacunas de calendario	Credencial + DNI + receta + autorización previa	Requiere autorización previa.

Vacuna extra calendario	Credencial + DNI + receta	Se brindará cobertura en relación al porcentaje (%) reconocido por el Servicio de Salud del Socio.
Vacuna antigripal (+65 años)	Credencial + DNI + receta	Se brindará cobertura en relación al porcentaje (%) reconocido por el Servicio de Salud del Socio.
Vacuna antigripal (patología de riesgo)	Credencial + DNI + receta + autorización previa	Requiere autorización previa.
Vacuna VRS (Virus Respiratorio Sincicial) – Palivizumab	Credencial + DNI + receta + autorización previa	Grupos de riesgo específico.

6. REQUISITOS GENERALES PARA LA FACTURACION

6.1 Documentación a presentar

Para realizar la presentación de la respectiva facturación se exigirá como requisito indispensable la presentación de la siguiente documentación:

01) Una Carátula de Presentación armada en **un solo lote** por el total de la facturación **mensual** presentada **por cada farmacia,** que determine:

- Nombre de la entidad farmacéutica, domicilio, localidad, provincia, código postal, mes

de presentación, cantidad total de recetas.

- Total facturado PVP y monto a cargo (suma final de los descuentos realizados a los socios).

02) Ticket no fiscal o Factura C por el total de la facturación o bien, por cada venta realizada. En caso de realizar una Factura C, la misma deberá ser confeccionada con los siguientes datos:

Señores: Asociación Mutual del Personal Jerárquico de Bancos Oficiales Nacionales AMPJBON
Domicilio: Av. Facundo Zuviría 4584.
C.P: 3000
Localidad: Santa Fe.
Provincia: Santa Fe.
IVA: Exento.
C.U.I.T: 30-68695518-0

La factura deberá ser confeccionada con letra clara, en forma legible, sin borrones, tachaduras ni enmiendas. La misma debe encontrarse en vigencia a la fecha de su emisión, como así también deberá cumplir con la condición de validez de los comprobantes emitidos, obtenida a través de la página de la AFIP.

De recibir el mencionado comprobante, no dando cumplimiento a las condiciones antes señaladas, se procederá a devolver la factura correspondiente, anexando toda la documentación recibida.

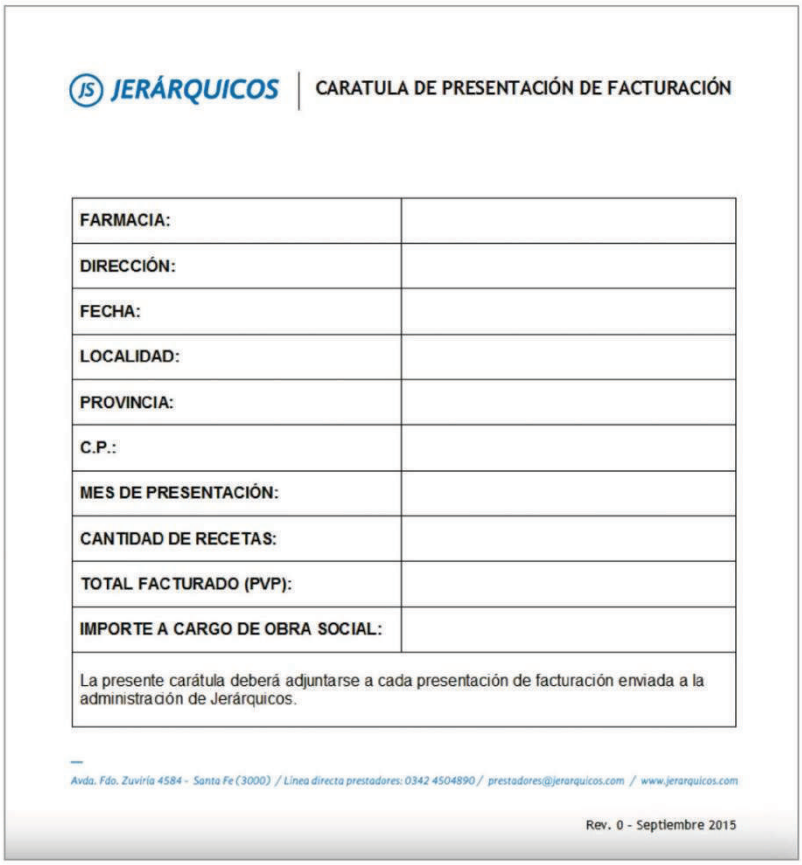
03) Documentación de respaldo (receta original, troqueles, expediente de autorización de medicamentos, etc)

6.2 Plazo y cantidad de presentación

En cuanto al **plazo y cantidad de presentación**, sólo se aceptará una (1) presentación de facturación mensual, teniendo el prestador 120 (ciento veinte) días corridos de plazo de

presentación, computados desde la prestación del servicio. Superado el período de tiempo señalado, los medicamentos correspondientes serán pasibles de débito por dicho motivo.

MODELO DE CARATULA DE PRESENTACION



JERÁRQUICOS | CARATULA DE PRESENTACIÓN DE FACTURACIÓN

FARMACIA:	
DIRECCIÓN:	
FECHA:	
LOCALIDAD:	
PROVINCIA:	
C.P.:	
MES DE PRESENTACIÓN:	
CANTIDAD DE RECETAS:	
TOTAL FACTURADO (PVP):	
IMPORTE A CARGO DE OBRA SOCIAL:	
La presente carátula deberá adjuntarse a cada presentación de facturación enviada a la administración de Jerárquicos.	

Avda. Fdo. Zuviría 4584 - Santa Fe (3000) / Línea directa prestadores: 0342 4504890 / prestadores@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

Rev. 0 - Septiembre 2015

6.3 Normas Generales

- A fin de obviar dificultades a los socios, todos los médicos prescriptores como así también los farmacéuticos, deberán dar cumplimiento a las normas que rigen el expendio de medicamentos y los requisitos señalados en la presente normativa.
- No se aceptarán copias de las prescripciones médicas o recetas
- Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento, dando cumplimiento a lo establecido en el Art.2

Ley 25.649.

- La presencia en la receta de enmiendas, tachaduras o raspaduras, invalidará la misma para su pago posterior, si no está debidamente salvada por el profesional tratante.
- No se reconocerán como validas, aquellas recetas donde los datos que la misma contiene no sean claramente legibles en su totalidad.
- En caso de Internación, el registro en la Historia Clínica es lo que refleja fehacientemente lo realizado y la legitimidad de lo realizado, por lo expuesto es que lo facturado deberá constar expresamente en la misma.
- Las farmacias procederán a la dispensa de medicamentos contra la presentación de toda la documentación exigida en cada caso por parte del socio, quedando bajo su exclusiva responsabilidad el no cumplimiento.
- La auditoria administrativa y profesional adopta y aplica para el control de la facturación las regulaciones legales existentes y la presente normativa en todo su contenido.
- Toda facturación que Jerárquicos reciba dando cumplimiento a la presente normativa, gozarán de toda autenticidad, revistiendo así el carácter de prestaciones correctamente facturadas y sujetas al régimen de pago de la Obra Social.
- Toda facturación que Jerárquicos reciba no dando cumplimiento de los requisitos exigidos en la normativa descripta, será pasible de débito y devuelta a los fines de ser correctamente presentada, en los casos que el punto observado pueda ser subsanado y refacturado como tal, ya sea total o parcialmente.
- Toda medicación trazable, deberá cumplir con las regulaciones legales vigentes. Resolución (MS) 435/2011, Disposiciones N° 3683/2011, N° 1831/2012, N° 247/2013 y N° 963/2015, N° 10564/2016

.

7. REENVIO DE DOCUMENTACIÓN

Ante la presencia de un débito, como consecuencia del procesamiento de la auditoría administrativa, el prestador podrá subsanar la observación realizada y reenviar la documentación y/o información faltante que originaron el débito realizado, si dicha opción aplica al caso concreto.

7.1 Débitos refacturables.

En estos casos será aceptado el reenvío de documentación y/o información solicitada en alguno de los casos detallados:

- **Receta sin diagnóstico: s**e realiza esta devolución para que se complete el Diagnostico. ÚNICAMENTE por el médico prescriptor avalada con su firma, sello y fecha. De no contar con esta revalidación, la receta le será debitada sin posibilidad de ser presentada nuevamente.
- **Falta de troquel:** Se devuelve la receta junto a la documentación a los efectos de que se le adjunte el troquel faltante.

7.2 Débitos no refacturables

Ante la presencia de este tipo de débitos, el Profesional Farmacéutico en ningún caso podrá revalidar la documentación, ni refacturar:

- **Error / diferencia en precio:** en caso de error/diferencia en el precio facturado del medicamento, se abonará de acuerdo al importe de la medicación efectivamente entregada a la fecha de venta, teniendo en cuenta el % de cobertura según servicio de salud del socio. Se aplicará el debito sobre el importe excedente.
- **Falta de conformidad del Socio:** la conformidad del socio debe registrarse SIEMPRE con su firma, aclaración y DNI.
- **Falta de fecha de prescripción:** las recetas que no cuenten con la fecha de prescripción, estén en forma - parcial o enmendada- sin la salvedad del profesional, serán debitadas.
- **Falta sello y firma del médico prescriptor**
- **Receta vencida:** en este caso será devuelta por expendio del medicamento con receta vencida haber expirado su plazo de vigencia (15 días corridos computados a partir de la fecha de prescripción y su fecha de venta)
- **Receta no salvada:** la presencia en la receta de enmiendas, tachaduras o raspaduras, que no se encuentren debidamente salvadas por el profesional prescriptor, invalidará la misma para su reconocimiento como tal.
- **Venta de medicación excluida de la cobertura,** según normativa vigente.

- **Receta sin validez legal, "***toda receta o prescripción médica que no cumpla con lo establecido en el Art. 2 de la Ley 25.649, se tendrá por no prescripta, careciendo de valor alguno para el expendio del medicamento de que se trata". (Art. 3).* De recibir facturada alguna receta bajo las circunstancias descriptas, se aplicará el débito correspondiente, dando cumplimiento a la regulación legal vigente.

IMPORTANTE: PARA EL REENVÍO DE RECETAS DEVUELTAS, SE DEBERÁ ADJUNTAR LA CARÁTULA REMITIDA OPORTUNAMENTE CON EL MOTIVO POR EL CUAL SE GENERÓ EL DÉBITO.

8. PROGRAMA MATERNO INFANTIL

A través de este programa, se garantiza el 100% de la cobertura en todo lo referente a la atención integral del embarazo, parto y puerperio, y del niño hasta el primer año de vida.

Para el acceso a los medicamentos inherentes al Programa Materno Infantil (Plan de cobertura Madre y Plan de cobertura niño), consulte la Modalidad Operativa Específica, anexa a la Presente.

9. MODOS DE CONTACTO EXCLUSIVO PRESTADORES

Jerárquicos cuenta en su **Página Web** (www.jerarquicos.com) con una Sección Exclusiva para nuestros Prestadores, con el objetivo de facilitar las vías de comunicación e información, brindar respuesta a las consultas más frecuentes, como también así otorgar mayor capacidad de autogestión a nuestros Profesionales.

Se puede acceder al Área Exclusiva de manera cómoda y segura, desde cualquier dispositivo, las 24 hs.

Ante cualquier duda, consulta o sugerencia, puede utilizar nuestras vías de contacto exclusivas para Prestadores:

Línea Directa: 0800 888 5040

Correo electrónico prestadores@jerarquicos.com