

Fecha de Vigencia: 02/01/2019

<b>MPN - MEDICAMENTOS DE PRIMER NIVEL</b>		
<b>1. AMBITO DE APLICACIÓN:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Todo el País</i></li> </ul>		
<b>2. DESCUENTOS</b>		
<i>Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor vigente al día del expendio e informados por el validado on-line.</i>		
<b>Plan:</b>	<b>A cargo del afiliado:</b>	<b>A cargo de la entidad:</b>
Plan A (Entidad 7100)	60% - 50% - 30%	40% - 50% - 70% (según banda terapéutica)
Plan J (Entidad 7101)	60% - 50% - 30%	40% - 50% - 70% (según banda terapéutica)
<b>3. REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES</b>		
<b>Tipo de Recetario:</b>	Oficial (Ver Anexo Modelo de Recetario) El beneficiario deberá abonar un bono de \$20 por receta en la farmacia en carácter de acceso al sistema.	
<b>Datos contenidos en la receta:</b>  Los datos manuscritos por el profesional deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma.	Denominación de la entidad	
	Nombre del profesional o institución	
	Nombre, Apellido del beneficiario y Número de DNI	
	Fecha de emisión de la receta.	
	Firma y sello aclaratorio del profesional.	
<b>Validez</b>	30 (treinta) días a partir de la fecha de emisión e incluyendo la misma.	
	<b>a) para la venta:</b>	
<b>b) para la presentación:</b>	60 (sesenta) días corridos, a partir de la fecha de venta e incluyendo la misma.	
<b>c) Para la refacturación:</b>	30 (treinta) días corridos a partir de haber recibido la liquidación.	
<b>Cantidad máxima de Medicamentos y de envases por receta:</b>	Tratamiento Normal: Hasta 2 (dos) medicamentos distintos por receta y hasta 2 (dos) envases por renglón.	
<b>Antibióticos inyectables:</b>	Monodosis: hasta 5 (cinco) ampollas individuales por receta.	
<b>Psicofármacos:</b>	Lista II (receta oficial):	Receta de Salud Pública Receta adjunta de la institución.
No se aceptan fotocopias de recetas.	Lista III y IV ( receta archivada):	Receta oficial por duplicado, con sello y firma del médico, aún estando el sello impreso.
<b>4. REQUISITOS DEL BENEFICIARIO:</b>		
<b>Deberá presentar:</b>	Plan A y Plan J: Documento de Identidad (DNI)	
	Plan A y Plan J: Receta oficial MPN.	
	Plan A: constancia de beneficiario AUH (tarjeta o libreta)	
<b>5. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:</b>		
<b>La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:</b>	Pegar con adhesivo o con cinta adhesiva transparente (no abrochar) el troquel con su código de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescritos.	
	Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T.	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Firma, aclaración y datos de quien retira la medicación al dorso de la receta.</li> <li>• Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico al dorso de la receta.</li> </ul>	

## 6. ENMIENDAS:

### Recordar:

Las correcciones y enmiendas en la prescripción de la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma.  
Las correcciones y enmiendas en la dispensa de la receta deberán estar salvadas por el profesional farmacéutico con su sello y firma.

## 7. VALIDACION ON LINE:

- Todas las recetas deben validarse on line.
- Recuerde que al validar la receta debe cargar en el sistema de validación los mismos datos que se encuentran en la receta (afiliado, productos, cantidades, matrícula del profesional prescriptor, fechas, etc.) a fin de evitar inconvenientes posteriores debido a la no coincidencia de la validación on line con la receta física.
- Recuerde que toda transacción on line aprobada, donde no se hizo efectiva la dispensa de un medicamento, deberá ser cancelada por la farmacia para evitarle inconvenientes al afiliado en su próxima compra.
- Ante cualquier inconveniente con la validación puede llamar a la Mesa de Ayuda de COFA

## 8. CONSULTAS Y/O AUTORIZACIONES:

### Importante:

Por consultas a la presente norma operativa puede comunicarse con la Mesa de Ayuda de COFA.

## 9. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:

### INCLUSIONES :

- Se cubrirán aquellos productos que acepte el sistema de validación online (Imed).

### EXCLUSIONES GENERALES:

- Medicamentos que no fueron autorizados por el sistema de validación online (Imed).

**ANEXO**

**Anexo 1: Modelo de Recetario**

**Frente:**

 <p><b>MEDICAMENTOS DE PRIMER NIVEL</b> LA RECETA DEBE SER VALIDADA EN EL SISTEMA ONLINE EN FARMACIA</p>		TALONARIO NRO. 000000	RECETA NRO.  1606958079012	
APELLIDO Y NOMBRES DEL BENEFICIARIO _____		TROQUEL 1		
NUMERO DE DOCUMENTO _____	TIPO _____	NRO. DE ORDEN _____	TROQUEL 2	
PLAN _____	FECHA DE EMISION _____	FECHA DE DISPENSACION _____		
DENOMINACION COMUN INTERNACIONAL (DCI) _____		CANT. RECETADA EN LETRAS _____	CANT. ENTR. _____	TROQUEL 3
HOMBRE O MARCA COMERCIAL _____		EN NROS. _____	PRECIO UNITARIO TOTAL _____	
DIAGNOSTICO RPI _____		CANT. RECETADA EN LETRAS _____	CANT. ENTR. _____	TROQUEL 4
HOMBRE O MARCA COMERCIAL _____		EN NROS. _____	PRECIO UNITARIO TOTAL _____	
DIAGNOSTICO RP2 _____		A CARGO BENEFICIARIO _____		TROQUEL 5
A CARGO RECEPTAM _____		TOTAL RECETA _____		
LISTA MARCAS COMERCIALES INDICADAS _____		TROQUEL 5		
FIRMA Y SELLO Aclaratorio Profesional _____		MATRICULA N° _____		

**Dorso:**

<p><b>Instrucciones para el farmacéutico:</b></p> <p>Señor farmacéutico, previo a la dispensación de los medicamentos prescritos y a efectos de evitar ulteriores inconvenientes, deberá corroborar:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Que el beneficiario presente el DNI.</li> <li>Autenticidad de la receta.</li> <li>Que el beneficiario o tercero interviniente firme delante del dispensador del medicamento.</li> <li>Que la firma y el documento del beneficiario que figure en la receta y/o 3º interviniente, corresponda con la firma y el documento del beneficiario que retira el medicamento.</li> <li>Que se correspondan los datos que figuran en el documento con los asentados en la receta.</li> <li>Que la receta se encuentre perfectamente completada por el profesional prescriptor contando con su firma y sello.</li> <li>Que la receta no se encuentre vencida para la dispensa.</li> </ol> <p><b>EL FARMACÉUTICO DEBERÁ NEGAR LA DISPENSA DE CUALQUIER RECETA QUE NO CUMPLA CON CUALQUIERA DE ESTOS REQUISITOS MÍNIMOS. EN CASO CONTRARIO LA RECETA SERÁ RECHAZADA.</b></p> <p><b>Instrucciones para el beneficiario:</b></p> <p>Señor beneficiario, es su obligación presentar el DNI para poder consumir la receta. Además, es su obligación firmar la conformidad de la receta SOLO cuando ha corroborado que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Se encuentren completos los datos que debe completar el farmacéutico (fecha de venta, cantidad entregada, precio unitario, importe, total receta a cargo del Beneficiario y a cargo de MEDICAMENTOS - DE PRIMER NIVEL) ya sea en la receta o en la copia de comprobante de venta adjunto a la misma.</li> <li>Que sean correctos los importes "a cargo del Beneficiario" y "a cargo MEDICAMENTOS DE PRIMER NIVEL".</li> </ol>	<table border="1"> <tr> <td>BENEFICIARIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>TERCERO INTERVINIENTE</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DOCUMENTO TIPO</td> <td colspan="3"> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td>NÚMERO</td> <td colspan="3"> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="4">           Firma conforme de recepción            _____         </td> </tr> <tr> <td colspan="4">           Aclaración            _____         </td> </tr> <tr> <td colspan="4">           Domicilio            _____         </td> </tr> <tr> <td colspan="4">           Teléfono            _____         </td> </tr> <tr> <td colspan="4">           Manifiesto que he optado libremente y me hago responsable de ello            _____         </td> </tr> <tr> <td colspan="4">           Firma del beneficiario o tercero interviniente            El farmacéutico que firma al pie certifica su actuación asumiendo la responsabilidad por sustitución realizada según constancia de troqueles al dorso.            _____         </td> </tr> <tr> <td colspan="4">           Sello y Firma del farmacéutico dispensador            MATRICULA N°            _____         </td> </tr> </table>	BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>	TERCERO INTERVINIENTE	<input type="checkbox"/>	DOCUMENTO TIPO	<input type="text"/>			NÚMERO	<input type="text"/>			Firma conforme de recepción _____				Aclaración _____				Domicilio _____				Teléfono _____				Manifiesto que he optado libremente y me hago responsable de ello _____				Firma del beneficiario o tercero interviniente El farmacéutico que firma al pie certifica su actuación asumiendo la responsabilidad por sustitución realizada según constancia de troqueles al dorso. _____				Sello y Firma del farmacéutico dispensador MATRICULA N° _____			
BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>	TERCERO INTERVINIENTE	<input type="checkbox"/>																																						
DOCUMENTO TIPO	<input type="text"/>																																								
NÚMERO	<input type="text"/>																																								
Firma conforme de recepción _____																																									
Aclaración _____																																									
Domicilio _____																																									
Teléfono _____																																									
Manifiesto que he optado libremente y me hago responsable de ello _____																																									
Firma del beneficiario o tercero interviniente El farmacéutico que firma al pie certifica su actuación asumiendo la responsabilidad por sustitución realizada según constancia de troqueles al dorso. _____																																									
Sello y Firma del farmacéutico dispensador MATRICULA N° _____																																									