

Fecha de Vigencia: 02/01/2019

<b>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>
<b>Plan A</b>	60% - 50% - 30%	40% - 50% - 70% (según banda terapéutica)
<b>Plan J</b>	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)	
<b>Datos contenidos en la receta:</b>	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.	
	Detalle de los medicamentos	
	Cantidades de los medicamentos en números y letras	
<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>		

<p><b>La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:</b></p>	<p>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.</p> <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>
<p><b>6. ENMIENDAS:</b></p>	
<p><b>Recordar:</b></p>	<p>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.</p>
<p><b>7. VALIDACION ON LINE:</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todas las recetas deben validarse on line.</li> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> <li>• Ante cualquier inconveniente con la validación puede llamar a la Mesa de Ayuda de su Colegio/COFA</li> </ul>	
<p><b>8. CONSULTAS Y/O AUTORIZACIONES:</b></p>	
<p><b>Importante:</b></p>	<p>Por consultas a la presente norma operativa puede comunicarse con la Mesa de Ayuda de su Colegio/COFA.</p>
<p><b>9. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:</b></p>	
<p><b>INCLUSIONES :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cubrirán aquellos productos que acepte el sistema de validación online.</li> </ul>	<p><b>EXCLUSIONES GENERALES:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que no fueron autorizados por el sistema de validación online.</li> </ul>

# ANEXOS

## Anexo 1: Modelo de Recetario

Frete:

REPUBLICA ARGENTINA ENTIDAD 7100		<b>MEDICAMENTOS DE PRIMER NIVEL</b> LA RECETA DEBE SER VALIDADA EN EL SISTEMA ONLINE EN FARMACIA				TA. CENARIO NROS 700000	RECETA N° 1  146069564079012
<p>Apellido y nombres del beneficiario: _____</p>							
<p>NÚMERO DE DOCUMENTO: _____</p>		<p>TIPO: _____</p>		<p>AÑO DE ORDEN: _____</p>			
<p>PLAN: _____</p>		<p>FECHA DE EMISIÓN: _____</p>		<p>FECHA DE DISPENSACIÓN: _____</p>			
<p>R#1: _____</p>		<p>CANT. RECETA ENTREGADA: _____</p>		<p>SANT. ENTR. _____</p>		<p>PRECIO UNITARIO: _____</p>	
<p>NOMBRE O MARCA COMERCIAL: _____</p>		<p>EN NROS. <input type="checkbox"/></p>		<p>EN SAC. <input type="checkbox"/></p>		<p>% SAC ENTREGADO: _____</p>	
<p>DESIGNACIÓN COM. INTERNACIONAL (DCI): _____</p>		<p>EN NROS. <input type="checkbox"/></p>		<p>EN SAC. <input type="checkbox"/></p>		<p>TOTAL: _____</p>	
<p>R#2: _____</p>		<p>CANT. RECETA ENTREGADA: _____</p>		<p>SANT. ENTR. _____</p>		<p>PRECIO UNITARIO: _____</p>	
<p>NOMBRE O MARCA COMERCIAL: _____</p>		<p>EN NROS. <input type="checkbox"/></p>		<p>EN SAC. <input type="checkbox"/></p>		<p>% SAC ENTREGADO: _____</p>	
<p>DESIGNACIÓN COM. INTERNACIONAL (DCI): _____</p>		<p>EN NROS. <input type="checkbox"/></p>		<p>EN SAC. <input type="checkbox"/></p>		<p>TOTAL: _____</p>	
<p>DIAGNÓSTICO ICD: _____</p>		<p>DIAGNÓSTICO ICD: _____</p>		<p>TOTAL RECETA: _____</p>		<p>A CARGO BENEFICIARIO: _____</p>	
<p>DIAGNÓSTICO ICD: _____</p>		<p>DIAGNÓSTICO ICD: _____</p>		<p>A CARGO FARMACIA: _____</p>		<p>PRECIO UNITARIO: _____</p>	
<p>Las marcas comerciales indicadas pueden ser sustituidas.</p>							
<p>JUSTIFICADO POR: (Indicar con X la opción)</p>							
<p><input type="checkbox"/> Certificado de idoneidad y residencia. <input type="checkbox"/> Otro: _____</p>							
<p>FRANQUEO SELLO AL LABORATORIO PROFESIONAL: _____</p>							
<p>MATRICULA N°: _____</p>							

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 <b>SÓLO</b> 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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">BENEFICIARIO <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">TERCERO INTERVINIENTE <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">DOCUMENTO TIPO: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NÚMERO: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Firma conforme de recepción</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Acusación</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Domicilio</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Teléfono</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Manifiesto que he optado libremente y me hago responsable de ello</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Firma del beneficiario o tercero Interviniente</td> </tr> <tr> <td colspan="2">El farmacéutico que firma al pie certifica su actuación asumiendo la responsabilidad por sustitución realizada según constancia de troques al dorso.</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Sello y Firma del farmacéutico dispensador</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MATRICULA N° _____</td> </tr> </table>	BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	TERCERO INTERVINIENTE <input type="checkbox"/>	DOCUMENTO TIPO: _____		NÚMERO: _____		Firma conforme de recepción		Acusación		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 troques al dorso.		Sello y Firma del farmacéutico dispensador		MATRICULA N° _____	
BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	TERCERO INTERVINIENTE <input type="checkbox"/>																								
DOCUMENTO TIPO: _____																									
NÚMERO: _____																									
Firma conforme de recepción																									
Acusación																									
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 troques al dorso.																									
Sello y Firma del farmacéutico dispensador																									
MATRICULA N° _____																									