

FRANQUICIAS (*)	A CARGO O. SOCIAL	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
MEDICAMENTOS (*1)	40%	60%	VADEMECUM AMBULATORIO
TABAQUISMO (*2)	70%	30%	LISTADO ADJUNTO (*2)
P.M.I. (*3)	100%	----	VADEMECUM AMBULATORIO

CREDECIAL (*4)

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

TIPO DE RECETARIO

Oficial: SI (*5)

Particular: SI (*6)

Digital: SI (*7)

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 (treinta) días corridos, entre la fecha de prescripción y la fecha de expendio. (*8)

PSICOFARMACOS:

Duplicado: SI

Fotocopia: NO

ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.

Con sello: SI Manuscrito: NO

ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES

Letras y números arábigos: SI

LIMITACIONES CANTIDAD:

RECETARIOS: Hasta TRES (3) especialidades por receta y hasta una (1) unidad por especialidad. EXCEPTO TABAQUISMO, Dos (2) especialidades por receta.

- Con "TRATAMIENTO PROLONGADO" (de puño y le-

tra del profesional): Hasta dos (2) unidades.
 - **Antibióticos inyectables monodosis:** Hasta cinco (5) unidades.
 - **Antibióticos inyectables multidosis:** Lo requerido, Combinando la menor cantidad de envases posible.

LIMITACIONES TAMAÑO

Si indica contenido y potencia: Lo requerido.

Si no indica: El menor.

Si indica la palabra "GRANDE": El inmediato siguiente al menor.

Si erra contenido: El inmediato inferior al indicado.

ESPECIALIDADES EXCLUIDAS

- PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO FIGUREN EN EL VADEMECUM AMBULATORIO [Excepto ver (*) c y d]

CONFECCION DE RECETARIO POR FARMACIA: (*9)

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por el afiliado: SI (errores de expendio)

PRESENTACIÓN

Planilla Oficial de ADMIFARM por Triplicado (*10)

REQUERIMIENTOS PARA REALIZAR VENTAS DE P.M.I. Y CON COBERTURA DEL 40% DE DESCUENTO

	<u>PLAN MATERNO INFANTIL</u>	<u>CON 40% DE DESCUENTO</u>
CREDECIAL	Tarjeta Magnética color ocre con inscripción P.M.I. ó Credencial Digital color ocre con inscripción P.M.I.	Tarjeta Magnética color Azul / Credencial Digital color Azul ó Carnet Provisorio.
RECETARIO	Recetario Oficial /Recetario Particular	Recetario Oficial /Recetario Particular

Norma de Atención N°: 5745

Vigencia: 12/06/2025

<p>CONFECCION DE LA RECETA (debe contener como mínimo)</p>	<p>a- Número de CUIL del afiliado c- Nombre completo del afiliado e- Prescripción de medicamentos con la monodroga g- Cantidad en número y letras i- Indicar tratamiento prolongado si corresponde k- Fecha de prescripción l- Firma y sello del medico m- DIAGNOSTICO</p>	<p>b- Número de CUIL del afiliado d- Nombre completo del afiliado f- Prescripción de medicamentos con la monodroga h- Cantidad en número y letras j- Indicar tratamiento prolongado si corresponde n- Fecha de prescripción o- Firma y sello del medico p- DIAGNOSTICO</p>
<p>CONTROL Receta Versus Credencial Habilitada</p>	<p>Deben coincidir plenamente los datos de la tarjeta magnética con los del recetario, es decir: CUIL . Tarjeta = CUIL . Receta Apellido-Nombre . Tarjeta = Apellido - Nombre . Receta</p>	<p>Corroborar que coincidan plenamente el N° de CUIL de la receta, con el número de CUIL del carnet provisorio o tarjeta magnética azul.</p>

(* FRANQUICIAS

- Ante cualquier inquietud con relación a la atención de los afiliados de Sanidad (ESPECIALIDADES EXCLUIDAS, RECETARIOS HABILITADOS, TARJETAS y AFILIADOS INHABILITADOS, etc.), vuestra farmacia, podrá llamar al servicio de atención gratuita de Sanidad al siguiente teléfono: 0800-999-7264 (las 24 hs. del día, los 365 días del año).
- Se deberán aceptar aquellas recetas que posean medicamentos que no figuren en el vademécum (excepto leches de todo tipo), siempre y cuando, lleven la firma y sello del **Director Médico y/o Auditor Médico** de cada una de las Delegaciones.
- De no poseer la farmacia stock de los medicamentos incluidos en el vademécum, se faculta a la sustitución por otro producto que contenga idénticas características y de MENOR o IGUAL VALOR que el consignado en él.
- Toda RECETA ó PRESCRIPCIÓN MEDICA** deberá efectuarse en forma **obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento** o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis unidad, con detalle del grado de concentración.

(*1) MEDICAMENTOS 40%

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando indistintamente a <http://cronicos.nutrar.com>, <http://validacionesag.com/> o bien a través de los sistemas de facturación integrados.

Les rogamos prestar especial atención a los principios activos y cantidades autorizadas, debido a que dichos consumos son monitoreados por el **Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas prevalentes (Nutrar)**. Ante cualquier consulta inherente a lo mencionado, podrán comunicarse al **0810-345-6887**

Especificaciones de Ventas para afiliados con 40% de Descuento

MUY IMPORTANTE:

El Número Beneficiario o de C.U.I.L., formado por:

- Dos dígitos que pueden ser: 20, 23, 24 y 27.
- Número de Documento.
- Dígito verificador.

Ejemplo: 20-13.562.963-5/00

En ambos casos, los dos últimos dígitos identifican el parentesco del grupo familiar:

- /00 - Indica que es un Titular
- /01 - Indica que es un Cónyuge
- /02..11 - Indica que es un Hijo

- Si el adquirente fuese un tercero, deberá presentar, además de la documentación del titular dispuesto en la presente, su propio D.N.I. e indicar domicilio y teléfono en la receta.
- La farmacia consignará al dorso de la receta: domicilio, número de D.N.I. y la firma del adquirente.
- Deberán cumplimentar lo anteriormente citado aunque la receta se encuentre previamente autorizada.**
- De no coincidir alguno de estos aspectos o de no presentar documento del afiliado titular: **LA VENTA NO DEBERA SER EFECTUADA CON DESCUENTO.**

NOTA: SE PERMITIRAN 2 (DOS) RECETAS POR MES CALENDARIO. En aquellos casos que el beneficiario necesite superar esta cantidad, él mismo puede solicitar autorización al 0800-999-7264, sin tener que retirarse de la Farmacia y validando la venta en el momento.

También las delegaciones de OSPSA, tendrán el sistema que permite autorizar topes de venta en Farmacia.

(*2) TABAQUISMO

Las recetas relacionadas con el PROGRAMA DE TABAQUISMO deberán contar con AUTORIZACION de la Obra Social, mediante firma y sello del **Director Médico y/o Auditor Médico** de cada una de las Delegaciones.

Los únicos medicamentos con cobertura son los que se detallan en el LISTADO ADJUNTO.

(*3) PLAN MATERNO INFANTIL

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando indistintamente a <http://cronicos.nutrar.com>, <http://validacionesag.com/> o bien a través de los sistemas de facturación integrados.

Les rogamos prestar especial atención a los principios activos y cantidades autorizadas, debido a que dichos consumos son monitoreados por el **Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas prevalentes (Nutrar)**. Ante cualquier consulta inherente a lo mencionado, podrán comunicarse al **0810-345-6887**

Especificaciones de Ventas para afiliados del P.M.I.

A) **COBERTURAS:**

Para la MADRE: Desde el tercer (3er.) mes de gestación y hasta el primer (1er.) mes posterior al parto.

Para el NIÑO: Hasta el año de vida.

MUY IMPORTANTE II:

- No se aceptará la venta de leches (enteras, en polvo o Maternizadas o Medicinales, (ESPECIALES) a beneficiarios de la Obra Social.
- Los productos comerciales en forma farmacéutica comprimidos, tabletas, cápsulas y grageas, NO GOZAN de descuento para la cobertura de recién nacidos (menores de un -1- año) del 100% P.M.I..

NOTA: SE PERMITIRAN 3 (TRES) RECETAS POR MES CALENDARIO. En aquellos casos que el beneficiario necesite superar esta cantidad, él mismo puede solicitar autorización al 0800-999-7264, sin tener que retirarse de la Farmacia y validando la venta en el momento.

También las delegaciones de OSPSA, tendrán el sistema que permite autorizar topes de venta en Farmacia.

(*4) CREDENCIAL

De acuerdo a los modelos que se informan para cada descuento (P.M.I. ó 40% Descuento).

IMPORTANTE: CREDENCIALES DIGITALES, Siempre será necesario la presentación del **DNI**, junto a la Credencial Digital.

(*5) RECETARIO

- Todas las recetas deberán llevar fecha de vencimiento.
- La validez de la receta no deberá superar la fecha de vencimiento.

MUY IMPORTANTE DESCUENTOS MIXTOS: A partir de la fecha de vigencia de la presente normativa, **se podrán aceptar recetarios con descuentos mixtos (40%/70%)**. Los mismos deberán estar organizados de la siguiente manera:

- Se realizará una fotocopia del recetario.
- Se facturará en el recetario original el producto que posea el mayor descuento.
- En la fotocopia se facturará el producto de menor descuento. Se deberá indicar en forma manuscrita que el recetario original se encuentra en la presentación del 70%.
- Obligatoriamente deberán ser presentados en el mismo periodo.**

P.M.I. - PLAN MATERNO INFANTIL - 100% de Descuento SOLO CON TARJETA Magnética COLOR OCRE ó con CREDENCIAL DIGITAL COLOR OCRE.

Deberán controlar CUIL y Código de Parentesco, y el Apellido y Nombre (que deben coincidir completamente con los de la tarjeta magnética).

DE NO COINCIDIR EXACTAMENTE AMBOS NUMEROS NO SE DEBE REALIZAR LA VENTA.

NOTA:

Ante cualquier duda con respecto a la Delegación a la cual pertenece vuestra Farmacia, rogamos tengan a bien, comunicarse con nuestro DEPARTAMENTO DE FARMACIAS al siguiente número telefónicos:

011 - 5254-9050

(*6) RECETARIOS PARTICULARES

VÁLIDOS PARA TODOS LOS PLANES:

c) De CUALQUIER HOSPITAL NACIONAL, PROVINCIAL, MUNICIPAL, CENTROS MEDICOS, CLINICAS Y SANATORIO con membrete ORIGINAL.

d) De CUALQUIER MEDICO con membrete preimpreso en ORIGINAL.

Los mismos deberán contener mínimamente los siguientes datos:

- q- Número de CUIL del afiliado
- r- Nombre completo del afiliado
- s- Prescripción de medicamentos con la monodroga
- t- Cantidad en número y letras
- u- Indicar tratamiento prolongado si corresponde
- v- Fecha de prescripción
- w- Firma y sello del médico.
- x- Diagnóstico

(*7) RECETARIO DIGITAL

Se podrán recibir recetarios de todas las plataformas digitales, aceptadas por el Ministerio de Salud.

Dichas recetas podrán ser enviadas a las farmacias a través de cualquier medio de comunicación digital. Una vez recibidas, deberán imprimirlas y adosarles los troqueles correspondientes, siguiendo el procedimiento habitual.

(*8) VALIDEZ DE LA RECETA

Verificar la fecha de vencimiento de la receta.

b) **ADICIONALES**

Verificar en el recetario la existencia de la fecha de prescripción.

3) En caso de incumplimiento de los puntos (*8) y (*9) las presentaciones no serán aceptadas y no se abonarán las recetas.

MUY IMPORTANTE:

TODO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS GENERALES DE ATENCIÓN Y PRESENTACIÓN ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.