

## PLAN DE CRONICIDAD

	A CARGO O. SOCIAL	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
CRONICIDAD (*)	40% - 70% (*1)	60% - 30%	VADEMECUM CRONICO
HIPOGLUCEMIANTES ORALES (*2)	100%	-----	VADEMECUM CRONICO

### CREDECIAL (\*3) (ver modelos)

Definitiva de OSPIT: SI  
Definitiva de DOCTORED: SI  
Provisoria: NO

RECIBO DE HABERES QUINCENAL: SI (\*4)

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

### TIPO DE RECETARIO

Oficial (en todo el PAIS): SI  
Particular: a) **CF y GBA**: De Entidades del Listado (\*5)  
b) **Interior**: De cualquier médico

VALIDEZ DE LA RECETA: 20 días corridos

### PSICOFARMACOS

Duplicado: SI  
Fotocopias: NO

### ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.

Con sello: SI      Manuscrito: NO

### ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES

Letras y números: SI (solo si excede una unidad)

### ENMIENDAS SALVADAS:

Por el médico: SI (errores de prescripción)  
Por el afiliado: SI (errores de expendio)

### LIMITACIONES CANTIDAD Y TAMAÑO

a) Hasta dos (2) especialidades por receta y hasta una (1) unidad de cada especialidad

#### Excepciones:

- **Con "TRATAMIENTO PROLONGADO"**: Hasta dos (2) unidades.

- **Antibióticos inyectables monodosis**: Hasta cinco (5) unidades.

b) **Si no indica**: El menor.

c) Si indica "GRANDE" y existen tres (3) tamaños:

- **Con "TRATAMIENTO PROLONGADO"**: El mayor.

- **Sin "TRATAMIENTO PROLONGADO"**: El mediano

### ESPECIALIDADES EXCLUIDAS

PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMA FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO FIGUREN EN VADEMECUM

### AUTORIZACIONES: Sólo a cargo de ADMIFARM.

Ninguna otra autorización será válida, salvo las indicadas en el punto \*3 inciso c) de la presente norma.-

### PRESENTACIÓN

Planilla Oficial de ADMIFARM por Triplicado (\*6)

**FACTURACION Y REFACTURACION:** Ver normas generales de atención y presentación.

### IMPORTANTE:

**Toda receta y/o prescripción médica debe efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase y concentración.**

## PLAN DE CRONICIDAD

### (\*1) COBERTURA

- Exclusivamente para medicamentos destinados a **PATOLOGIAS CRONICAS PREVALENTES**, incluidos en el vademécum crónico.
- Antes de cada expendio la farmacia deberá comunicarse con el CENTRO DE SEGUIMIENTO para pacientes crónicos al **0810-345-NUTR (6887) o bien ingresando a la página web <https://cronicos.nutrar.com>**, a efectos de solicitar el código de autorización correspondiente para el suministro de los medicamentos prescriptos, el cual deberán volcar en cada una de las recetas.
- La farmacia facturará el primer mes adjuntando la receta (original) confeccionada por el profesional. En los **2 (dos) meses** subsiguientes deberá facturar adjuntando una fotocopia de la receta original con el **Código de Autorización TRIMESTRAL** otorgado por el Centro de Seguimiento de Pacientes Crónicos.

### (\*1) PORCENTAJES

El porcentaje de descuento que se deberá efectuar estará indicado en el vademécum crónico.

### (\*2) HIPOGLUCEMIANTES ORALES

- Los HIPOGLUCEMIANTES ORALES poseen el 100% de descuento a cargo de la Entidad. Dicho porcentaje estará indicado en la columna "**DESCUENTO**", dentro del vademécum crónico.
- Antes de cada expendio la farmacia deberá comunicarse con el CENTRO DE SEGUIMIENTO para pacientes crónicos al **0810-345-NUTR (6887) o bien ingresando a la página web <https://cronicos.nutrar.com>**, a efectos de solicitar el código de autorización correspondiente para el suministro de los medicamentos prescriptos, el cual deberán volcar en cada una de las recetas.
- La farmacia facturará el primer mes adjuntando la receta (original) confeccionada por el profesional. En los **2 (dos) meses** subsiguientes deberá facturar adjuntando una fotocopia de la receta original con el **Código de Autorización TRIMESTRAL** otorgado por el Centro de Seguimiento de Pacientes Crónicos.

### (\*3) CREDENCIAL

- En todos los casos deberán verificar que el beneficiario se encuentre incluido en el listado de SOCIOS HABILITADOS, caso contrario, no se le realizará descuento alguno.
- Cuando la credencial esté vencida, sólo se podrá realizar el descuento contra presentación del último recibo de haberes de la quincena.
- Cuando un afiliado no se encuentre en el listado de SOCIOS HABILITADOS, la receta podrá estar autorizada por alguna de las personas del ANEXO I.

### (\*4) RECIBO DE HABERES

- El recibo deberá estar membretado y sellado con los datos de la Empresa.
- Validez: Hasta la quincena anterior.
- La farmacia deberá exigir D.N.I./C.I. del Titular.

## PLAN DE CRONICIDAD

### (\*5) RECETARIO

- La receta deberá contener la leyenda "CRONICIDAD" o "PACIENTE CRONICO" o similar, con sello o de puño y letra del profesional.
- Cuando la receta no pertenezca a un Profesional o Entidad de cartilla deberá contar con el sello cuyo modelo se adjunta, caso contrario no se deberá aceptar.

### (\*6) PRESENTACION

La facturación se deberá presentar en planillas por separado según el siguiente detalle:

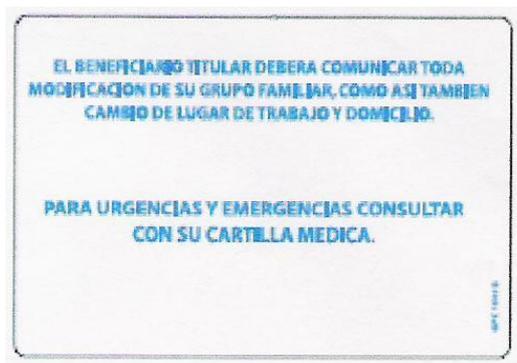
- 40% - CRONICIDAD
- 70% - CRONICIDAD
- 100% - HIPOGLUCEMIANTES ORALES

#### MUY IMPORTANTE:

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

#### NUEVO MODELO DE CREDENCIAL

(con nueva numeración de beneficiarios)



**PLAN DE CRONICIDAD**

**MODELOS DE CREDENCIALES**

**Titular**



**Familiar**



**Familiar a cargo**



**MODELO VIEJO**



**MODELO DE CREDENCIAL DE DOCTO RED**



## PLAN DE CRONICIDAD

### MODELO DE RECETARIO OFICIAL



---

HISTORIA CLINICA N° \_\_\_\_\_ BENEFICIARIO N° \_\_\_\_\_  
NOMBRE Y APELLIDO \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_

---

**SEÑALA ATENCIONES:**

Para los atenciones en unidades de atención Médica, se accede al sistema de control de atenciones de atención, y se genera un código de autorización. En funcionamiento el tiempo, se genera el documento que indica el número de atención. Recuerde que en todas las atenciones hay un código de autorización.



## PLAN DE CRONICIDAD

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA TEXTIL

BENEFICIARIO N° .....

NOMBRE Y APELLIDO .....

Rp./ ..... Fecha.../.../.....



CRONICIDAD     TRATAMIENTO PROLONGADO     PMI

**SEÑOR BENEFICIARIO:** Para ser atendido en nuestros Servicios Médicos, es necesario concurrir con el carnet, documento de identidad, y el último recibo de beneficiario. En caso de familiares a cargo, se agregará el documento que acredite el parentesco. Recuerde que en todas las delegaciones hay Médicos Clínicos, Odontólogos y Especialistas.

**SEÑOR PROFESIONAL:** Recetar por genéricos y únicamente hasta 2 medicamentos por receta.

F. 023

### MODELO DE SELLO PARA RECETAS DE PROFESIONALES Y/O ENTIDADES FUERA DEL LISTADO

EL SEÑO .....

RECTOR DE LA O.S. PERSONAL INDUSTRIA  
TEXTIL CUBIERTA S.A.

.....

.....

SEÑOR PROFESIONAL

.....

.....