

Norma de Atención N°: 5496

Vigencia: 06/02/2023

EXCLUSIVO INTERIOR CORDOBA Y FARMACIAS HP

	A CARGO O.S.	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE	VALIDACION ONLINE
MEDICAMENTOS	40%	60%	VADEMECUM AMBULATORIO	SI
CRONICIDAD (*)	70%/100%	30%/---	VADEMECUM CRONICO	SI
PLAN MATERNO INFANTIL (*1)	100%	----	VADEMECUM AMBULATORIO	SI

CREDENCIAL

Oficial: SI – Ver Modelos

Provisoria: SI

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

TIPO DE RECETARIO (*2)

Particular: SI

VALIDEZ DE LA RECETA: el día de la prescripción y los 30 días siguientes.

PSICOFARMACOS:

Duplicado: SI

Fotocopia: NO

ACLARACIÓN FIRMA MEDICO Y N° MATRICULA

Con sello: SI

Manuscrito: NO

ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES

Letras o Números: SI

LIMITACIONES CANTIDAD

Hasta tres (3) especialidades por receta y hasta una (1) unidad por especialidad.

PLAN CRONICIDAD: lo indicado en la validación.

EXCEPCION:

Con la leyenda de "TRATAMIENTO PROLONGADO":

- Hasta dos (2) unidades por especialidad.

- **Medicación inyectable monodosis:** Hasta 5 (cinco) unidades.

- **Antibióticos inyectables multidos:** El menor número posible de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas. Por ejemplo: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expendirse 3 (tres) envases = 6 (seis) ampollas.

LIMITACIONES TAMAÑO

Si indica: Lo requerido

Si no indica: El menor

Si indica la palabra "Grande": El siguiente al menor

Si erra el contenido: El inmediato inferior al indicado

ESPECIALIDADES EXCLUIDAS:

TODOS PRODUCTOS QUE NO SE ENCUENTRE INCLUIDO EN EL VADEMECUM

AUTORIZACIONES: (*3)

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por el afiliado: SI (errores de expendio)

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

IMPORTANTE

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

Asimismo, **es responsabilidad de la FARMACIA** verificar y controlar todo lo expresado en la presente normativa, **respetando planes con AUTORIZACION de Auditoria de la Entidad** y topes de cobertura.

Para los planes que requieren **AUTORIZACION**, la validación aprobada quedará sujeta al cumplimiento de lo expresado según auditoria posterior.

FORMATO DE CREDENCIAL A INGRESAR PARA VALIDACION: DNI DEL BENEFICIARIO

Toda receta y/o prescripción médica u odontológica 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.

Todo medicamento cuyo valor bruto supere los \$ cuatro mil quinientos (\$4500.-) en los planes ambulatorios y plan materno, no podrá venderse por la farmacia; excepto cuando cuenten con autorización de la Entidad.

(*) CRONICIDAD

- La farmacia facturará el **primer mes** adjuntando la receta (original) confeccionada por el profesional. En los **5 (cinco) MESES** subsiguientes deberá facturar adjuntando una fotocopia de la receta original.
- La validación online de dicha venta es **OBLIGATORIA**. Caso contrario, **la receta será debitada sin excepción.**

(*1) PLAN MATERNO INFANTIL

- **La validación de la venta determinará la cobertura del paciente. Cada socio que cuente con el descuento del presente plan estará informado en el padrón de beneficiarios.**

(*2) RECETARIOS

- Denominación de la entidad (*);
- Nombre y apellido del paciente;
- Número de afiliado (*)
- Medicamentos recetados por principio activo, indicando una marca sugerida incluida en el Vademécum;
- Cantidad de cada medicamento;
- Firma y sello con número de matrícula y aclaración;
- Fecha de prescripción;

(*) Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto y/o la denominación de la entidad haya sido omitida por el profesional, la farmacia debe repetirlo al dorso, en forma clara y correcta, indicando junto al número consignado por el médico la frase "ver al dorso". El beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad

(*2) AUTORIZACIONES ESPECIALES

- Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos cuando se encuentren autorizadas mediante firma y sello por la Entidad.

MUY IMPORTANTE:

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

MODELOS DE CREDENCIAL

OSBLYCA



OSTIG



Plan GOLD



Prepago – Planes de Salud



Plan OSMIT



Norma de Atención N°: 5496

Vigencia: 06/02/2023

EXCLUSIVO INTERIOR CORDOBA Y FARMACIAS HP

CARNET PROVISORIO

SERVIED
Red prestacional de salud

CARNET PROVISORIO

Córdoba 28 de Enero 20 21

AFILIADO MANSILLA VENITEZ MARIO CESAR

DNI N° 32785072 AF. N° 121302/00 PLAN OSBLYCA GENERAL

ATTE. SERVIED

