

Norma de Atención N°: 5430
Vigencia: **02/06/2022**

	A CARGO O.S.	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE	VALIDACION ONLINE
DISCAPACIDAD (*1)	70%/100%	30%/----	MANUAL FARMACEUTICO	NO

CREDECIAL

Oficial: SI – Ver Modelos
Provisoria: No

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

TIPO DE RECETARIO (*)

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

NINGUNA.

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 LOS MEDICAMENTOS QUE NO SE ENCUENTRE INCLUIDO EN EL MANUAL FARMACEUTICO

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.

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.

(*) RECETARIOS

Datos que deben figurar en la receta:

- Denominación de la entidad (en caso de que el recetario no sea el oficial de la entidad) (*);
- Nombre y apellido del paciente;
- Número de afiliado (*);
- Medicamentos recetados por principio activo.
- Cantidad de cada medicamento;
- Firma y sello con número de matrícula y aclaración;
- Fecha de prescripción;

Norma de Atención N°: 5430
Vigencia: **02/06/2022**

(*) 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

(*1) DISCAPACIDAD

- Todas las recetas deberán contar con autorización de la Entidad (**VER MODELO**)
- IMPORTANTE. En "Prestador" de la autorización, debe figurar ADMIFARM GROUP; caso contrario no deberán aceptarse.

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

	ITER MEDICINA S.A. RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS MEDICO-ASISTENCIALES R.N.P. 1470/2013	Urgencias y Emergencias 0800-444-7640
Afiliado:		
N° Documento:	Fec. Nacimiento:	
Plan y N° de Beneficiario:	Vencimiento Credencial:	
<small>Esta credencial es intransferible y para uso exclusivo del beneficiario que en ésta se indica. Deberá presentarla en conjunto con su Documento de Identidad.</small>		
 Organo de Control - Superintendencia de Servicios de Salud 0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar		 Otra Social del Personal del AUTOMOVIL CLUB ARGENTINO

Norma de Atención N°: 5430
Vigencia: **02/06/2022**

MODELO DE AUTORIZACION

	ITER MEDICINA S.A.	NELLA	F. Impresión: 26/04/2018										
Para el Prestador	Ingreso Tramite: 26/04/2018	Estado: Autorizado	Tramite: 3.430.833										
Convenio: OSPACA	Loc: PARANA (?)	Fax N° 46.196	EN PADRON										
Beneficiario: [REDACTED]	Documento: [REDACTED]	Afiliado: [REDACTED]	Dde: 02/2016										
Prestador: ADMIFARM GROUP	6055												
Practicas	Las internaciones con autorizacion previa deben ser denunciadas nuevamente al momento de efectivizarse las mismas.		No se aceptará facturación de Voucher presentados más de una vez.										
<table border="1"><thead><tr><th>Diagnóstico</th><th>Cantidad</th><th>Código</th><th>Descripción</th><th>Cobertura</th></tr></thead><tbody><tr><td>TENDINITIS</td><td>2</td><td>MED</td><td>MEDICAMENTOS</td><td></td></tr></tbody></table>	Diagnóstico	Cantidad	Código	Descripción	Cobertura	TENDINITIS	2	MED	MEDICAMENTOS				
Diagnóstico	Cantidad	Código	Descripción	Cobertura									
TENDINITIS	2	MED	MEDICAMENTOS										
Notas: La presente DEBE acompañar a la Facturación correspondiente. Facturar las practicas fuera de PMOE por separado.													
23/04/18 - vence a los 30 días.													
-CRONOCORTEROID - betamteasona - x 1 amp. (uno) -- 40%	Dra. EUNICE EDITH ROSSMANN M.P. 9403 Médico Audiólogo ITER MEDICINA S.A.												
-METAFLEX - diclofenac - 75 MG X 20 (uno) -- 40%													