

## PLAN DE CRONICIDAD GBA E INTERIOR

	A CARGO O. SOCIAL	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
CRONICIDAD (*1)	40% - 70%	60% - 30%	VADEMECUM CRONICO
ANTICONCEPTIVOS	100%	-----	VADEMECUM ANTICONCEPTIVOS
DISCAPACIDAD (*1)	100%	-----	MANUAL FARMACEUTICO

### CREDECIAL

Definitiva: SI

Provisoria: NO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

### TIPO DE RECETARIO (\*2)

Oficial: SI

Particular: SI

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 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)

Por la farmacia: SI (\*3)

### LIMITACIONES CANTIDAD Y TAMAÑO

Lo indicado por el VALIDADOR, coincidiendo con lo prescripto.

ANTICONCEPTIVOS: HASTA 2 (DOS) UNIDADES POR RECETA.

### ESPECIALIDADES EXCLUIDAS

VENTA LIBRE.

DE USO EN INTERNACION.

HOSPITALARIOS.

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

**AUTORIZACIONES:** A cargo de la Entidad, ADMIFARM GROUP O A TRAVES DE LA VALIDACION INDICADA EN EL PUNTO (\*1)

### PRESENTACIÓN (\*4)

Planilla Oficial de ADMIFARM emitida por GDR.

**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 GBA E INTERIOR

### (\*1) COBERTURA

- a) Antes de cada expendio la farmacia deberá **validar la venta a través de nuestro sistema integrado a su facturador**, o en su defecto **ingresar a la página web <https://cronicos.nutrar.com>**, o comunicarse con el **CENTRO DE SEGUIMIENTO** para pacientes crónicos al **0810-345-NUTR (6887)**, a efectos de solicitar el código de autorización correspondiente para el suministro de los medicamentos prescritos, el cual deberán volcar en cada una de las recetas.
- b) **En los planes CRONICIDAD y DISCAPACIDAD**, la farmacia facturará el primer mes adjuntando la receta (original) confeccionada por el profesional. En los **3 (TRES) meses** subsiguientes deberá facturar adjuntando una fotocopia de la receta original con el **Código de Autorización CUATRIMESTRAL** otorgado por el Centro de Seguimiento de Pacientes Crónicos.

### (\*2) RECETARIO

Solo serán válidos los recetarios con membrete del profesional médico o Institución prestadora.

Las recetas deben contener los datos que se detallan a continuación:

- Nombre y apellido del beneficiario
- Número de beneficiario
- Medicamentos recetados con aclaración de nombre genérico, dosis y forma farmacéutica.
- Cantidad de medicamentos en números y letras
- Fecha de prescripción
- Firma del médico y sello aclaratorio con número de matrícula.

- Serán válidas las recetas preimpresas (confeccionadas en formato digital) con la firma del médico prescriptor realizada en tinta de lapicera y/o birome, electrónica o digital, incluyendo firma holográfica.
- **NO SE ACEPTARÁN RECETAS PREIMPRESAS DONDE EL MEDICAMENTO PRESCRIPTO SEA MARCADO MEDIANTE TILDE.**

- Todas las recetas deberán estar completas por la farmacia con:

- Fecha de expendio y factura con porcentajes a abonar por el afiliado y por la Obra Social.
- Firma de conformidad de quien retira, aclarando nombre, apellido, documento de identidad y domicilio.
- Sello de la farmacia
- Adjuntar los troqueles de acuerdo al orden de prescripción

**DESCUENTOS MIXTOS:** 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.**

## PLAN DE CRONICIDAD GBA E INTERIOR

### (\*3) ENMIENDAS SALVADAS

Cuando en la receta el número del afiliado fuese erróneo, sea poco legible o se encuentre incompleto, el farmacéutico podrá salvarlo al dorso, indicando en el frente junto al dato a corregir la frase “**ver al dorso**”. El beneficiario debe firmar a continuación a modo de conformidad.

### (\*4) PRESENTACION

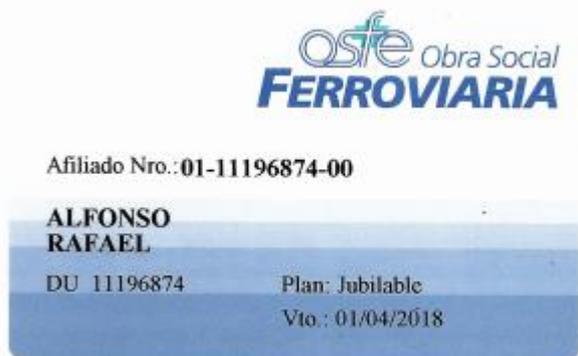
La facturación se deberá presentar en planillas por separado según el siguiente detalle:

- a) 40% - CRONICIDAD
- b) 70% - CRONICIDAD
- c) 100% - ANTICONCEPTIVOS
- d) 100% - DISCAPACIDAD

#### MUY IMPORTANTE:

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

### MODELOS DE CREDENCIALES



**PLAN DE CRONICIDAD GBA E INTERIOR**

