**Vigente a partir del ……….de ………………de 2018**

**1-PLANES Y DESCUENTOS VALIDOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL PLAN** | **DESCUENTO** | **VADEMECUM** |
| **BRONCE** | **40%** | **CERRADO** |
| **SILVER** | **40%** | **CERRADO** |
| **GOLD** | **50%** | **ABIERTO** |
| **PLATINUM** | **50%** | **ABIERTO** |

|  |  |
| --- | --- |
| **PLAN MATERNO INFANTIL** | **100% (según padrón afiliados)** |
| **PATOLOGIAS CRONICAS** | **70%-100% (según padrón afiliados)** |
| **DESCUENTOS ESPECIALES** | **Descuento según autorización de auditoria medica** |

**2 –HABILITACION DEL BENEFICIARIO**

|  |
| --- |
| 1. El afiliado deberá presentar Credencial (según muestra) |
| 1. Documento de Identidad (DNI, LC, LE) |
| No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada. |

**3-RECETARIO**

|  |
| --- |
| 1. Recetario de cualquier tipo 2. **Requisitos:** 3. Particular o de instituciones con membrete impreso. (no se aceptan recetarios sin membrete o con Publicidad) 4. En el caso de Hospitales o Instituciones Públicas de no poseer membrete, deberá contar con el sello de la Misma 5. Se aceptan recetarios pre impresos o los efectuados en forma electrónica siempre y cuando se encuentre con firma manuscrita y sello del Profesional 6. **Datos que deben Figurar en la receta:** 7. Denominación de la O. Social 8. Nombre y apellido del Afiliado 9. Numero de Afiliado \* 10. Prescripción por nombre genérico (podrán sugerir marca según vademécum) 11. Cantidad de unidades (si lo omitiera se interpretará como un envase) 12. Fecha de Prescripción (no es válido sello fechador) 13. **Validez de la Receta**   La prescripción contara con una valides de 30 días corridos a partir de la emisión de la misma, tomándose como el primer día, la fecha de confección  Para el caso de Autorizaciones especiales, se tomará como válida la fecha de la autorización (A partir de la misma regirán los 30 días)   1. **Enmiendas**     \* En caso de que el número de afiliado se encuentre erróneo o incompleto, el Farmacéutico podrá salvarlo al dorso de la receta con firma en conformidad del Afiliado |

**4-TOPES DE COBERTURA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1-LIMITES DE CANTIDADES** | **SIN TRATAMIENTO PROLONGADO** | **CON TRATAMIENTO PROLONGADO** | |
| 1. **Renglones por receta** 2. **Envases por renglón** | **Hasta 3 (tres) de distintos Principios Activos**  **Hasta 1 por renglón (cualquier tamaño)** | **Hasta 3 (tres) de distintos Principios Activos**  **Hasta 2 por renglón (cualquier tamaño)** | |
| **2-**  **TRATAMIENTO PROLONGADO** | Cuando el médico coloca de su puño y letra la frase “Tratamiento Prolongado”, su equivalente o abreviaturas, pueden expenderse las cantidades indicadas en la columna “Con Tratamiento Prolongado”. Debe indicarse además el tamaño (entiéndase como grande al tamaño que le sigue al menor) y/o contenido de cada uno  **En estos casos debe indicarse en el sistema de Validación On Line que la receta corresponde a Tratamiento Prolongado** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3-Antibióticos Inyectables:** | **Presentación** | **Entregar** |
| Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla. (monodosis) | Hasta 5 (cinco) |
| Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla. | ***(Idem punto 4.1)*** |
| **4-Psicofármacos:** | El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia. | |
| **5-Otras especificaciones:** | ***Cuando el médico:***  No especifica cantidades | ***Debe entregarse:***  El envase de menor contenido. |
|  | Sólo indica la palabra “grande” | La presentación siguiente a la menor. |
|  | Equivoca la cantidad y/o contenido | El tamaño inmediato inferior al indicado. |

**5-PLAN MATERNO INFANTIL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Habilitación del beneficiario:** | 1. Figurar habilitado con cobertura PMI (Madre o Niño) según validación on-line. |
| **Recetario:** | 1. Igual al resto de los planes. **NO requiere autorización previa** de la Entidad.   El profesional deberá indicar de puño y letra la **leyenda “Plan Materno Infantil” o “PMI”** |
| **Productos Cubiertos:** | 1. **Medicamentos**: Identificados con cobertura PMI en el Vademécum que se valida electrónicamente. 2. ***Leches: Sin cobertura***. |
| **Límites de cantidades:** | 1. Igual al resto de los planes. |

**6-PATOLOGIAS CRONICAS**

|  |  |
| --- | --- |
| Habilitación del beneficiario: | El beneficiario debe figurar en el **Padrón de Pacientes con Patologías Crónicas** vigente, en el cual se especifican los **principios activos habilitados y marcas** para cada caso. (por validación electrónica) |
| Recetario: | Igual al resto de los planes. **NO requiere autorización previa** de la Entidad. |
| Productos Cubiertos: | Identificados con cobertura para Patologías Crónicas en el Vademécum que se valida electrónicamente.  La Farmacia deberá expender únicamente las marcas vinculadas a los principios activos asignados en cada caso en el Padrón de Pacientes Crónicos  En caso de que el médico prescriba un producto no cubierto (en el Vademecum de crónicos), la farmacia podrá reemplazarlo por otro de una marca incluida en el mismo, respetando el principio activo, forma, dosis y contenido prescriptos. En su defecto contara con el descuento perteneciente al plan ambulatorio |
| Descuento a aplicar: | **70% ó 100%** según indica el Vademécum vigente. |
| Límites de cantidades: | Igual al resto de los planes. |

**7-PRODUCTOS CUBIERTOS**

Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM de la entidad (Anexo I).

Cabe aclarar que **todos los productos incluidos en el Vademécum cuentan con cobertura CORRESPONDIENTE AL PLAN, con excepción de los Anticonceptivos**, que pueden ser expendidos únicamente con previa autorización de la auditoria de la Auditoria Medica. (dichas recetas se validaran electrónicamente)

**Quedan excluidos de la presente norma:** INSULINAS, TIRAS REACTIVAS, MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE, PRODUCTOS SIN TROQUEL, ANTIRRETROVIRALES, MEDICAMENTOS PARA TRATAMIENTO DE FERTILIDAD y MEDICACION DE ALTO COSTO (ONCOLOGICICOS y PATOLOGIAS ESPECIALES)

**8-AUTORIZACIONES ESPECIALES**

|  |
| --- |
| Estas recetas **no se procesan electrónicamente** |
| Sólo podrán expenderse recetas que NO cumplan con todos los requisitos de la presente norma (por ejemplo, beneficiarios fuera de padrón, productos no cubiertos, etc.), **cuando se hallen autorizadas a través de la AUDITORIA MEDICA** mediante la siguiente modalidad:  Autorización vía fax o e-mail para lo cual Crisolmed / CAFABO se contactará con su farmacia.  Cualquiera de las formas de autorización deberá contar con el % de cobertura, sello de la Auditoria y fecha de autorización  Por último, solicitamos **prestar especial atención** a los siguientes aspectos:   * El comprobante de autorización debe presentarse obligatoriamente con la receta original correspondiente. * **El formulario de autorización SÓLO rige para lo que se encuentre expresamente autorizado en él** (afiliado, medicación y cantidad de envases). **Debe corroborarse el cumplimiento del resto de las Normas Operativas vigentes** (por ejemplo: prescripción por genérico, tipo de recetario, etc.). * Este tipo de autorizaciones **revalidan la fecha de prescripción de la receta** (Ver punto 3.4).   Por otro lado, las Insulinas, Tiras reactivas, Agujas, Anticonceptivos y productos para Coberturas Especiales que no cuenten con la correspondiente autorización NO poseen cobertura al descuento general. |

**9-MEDICAMENTOS FALTANTES**

|  |
| --- |
| Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, esta tratará conseguirlo/s dentro de las 48 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta. Si la medicación no se encuentra disponible en el mercado el paciente tendrá que regresar al médico prescriptor para que prescriba una nueva receta |

**10- DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA**

|  |
| --- |
| * 1. **NÚMERO DE TRANSACCIÓN ON LINE. Debe indicarse en el encabezado de la receta “AUT: XXXX”, o bien puede imprimirse el comprobante que emite el sistema y adjuntarlo en la receta correspondiente** |
| * 1. Fecha de venta; |
| * 1. Si la presentación no contiene troquel, adjuntar código de barras del mismo. |
| * 1. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales) |
| * 1. La farmacia deberá adjuntar cualquiera de los comprobantes de venta detallados: * Ticket fiscal propiamente dicho. * Documento no fiscal HOMOLOGADO * Duplicado o triplicado del ticket fiscal (idéntico al original, pero con una leyenda de fondo “NO FISCAL”). * Facturas A, B o C. |
| * 1. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico; |
| * 1. Firma, aclaración y número de documento de quien retira los medicamentos; |

**11-RECOMENDACIONES ESPECIALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Colocar en la receta el número de orden correspondiente; | |
| .Adjuntar los troqueles del siguiente modo: | De acuerdo al orden de la prescripción.  Se sugiere adherirlos con goma de pegar (sin utilizar abrochadora o cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras). |
| Los troqueles deberán ajustarse a lo siguiente: | Encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencias o marcas de sustancias adhesivas).Sin signos de desgaste del material en todo o parte del troquel.Sin impresiones mediante sellos de cualquier tipo de leyendas legibles o no.Sin diferencias en tamaño, grosor y/o color del troquel para un mismo producto, presentación y lote.No deberán presentar cualquier otro signo que otorgue carácter dudoso al troquel. |
| Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa en lotes de 100 recetas | |

**12-CIERRE ELECTRONICO DE PRESENTACION**

|  |
| --- |
| Ver NORMAS OPERATIVAS “MIS VALIDACIONES” |
| Atención: Las recetas no procesadas electrónicamente (por ejemplo, Autorizaciones Especiales) deben liquidarse a través de la modalidad tradicional de planillas manuales (ver .13) |

**13- PRESENTACION DE RECETAS NO PROCESADAS ELECTRONICAMENTE**

**Todas las recetas no procesadas electrónicamente deben presentarse en lote separado enumeradas correlativamente**, según fecha de dispensa

El porcentaje de descuento aplicado a cada medicamento debe figurar en el ticket de venta o bien agregado junto a la prescripción en forma manuscrita.

Estos importes deben figurar en la Caratula de presentación manual, identificando el lote

Por lo tanto, **si existirán recetas autorizadas manualmente , deberán presentarse en forma separadas:**

A- presentación **ELECTRÓNICA** (**según “Mis Validaciones”)**)

B- **presentación** MANUAL **de Ver Anexo**

**14- ATENCION DE CONSULTAS**

**Ante cualquier duda sobre la presente Norma llamar a CAFABO 4483-4488/4235**