

ANEXO INFORMACION NRO. 16/16 - SU

Abril 2016



OBRA SOCIAL: CSSEPBA (ESCRIBANOS)

Nombre Completo: Caja de Seguridad Social para Escribanos de la Provincia de Buenos Aires

Nº de CUIT: 30-61800102-0 - Cód. de O.S.:10940

Dirección: Calle 13 esq. 47 – 1º Piso Nº770 – La Plata

<p>DESCUENTO: O.S. Afiliado Plan Común y T. Prolongado 50%-60%-70%-100% resto Otros: NO</p> <p>TIPO DE RECETARIO: Oficial: SI (son válidos los modelos bajados de internet o escaneados) Otros: NO</p> <p>VALIDEZ DE LA RECETA: Plan Común: 30 días. Tratamiento Prolongado: hasta 1 (un) año.</p> <p>TROQUELADO: SI</p> <p>FECHA DE EXPENDIO: SI</p> <p>ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nro. DE MATRICULA: Con sello: SI Manuscrito: NO (salvo que sea ilegible el sello)</p> <p>ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES: Letras: si Números: si</p> <p>ENMIENDAS SALVADAS: Por el Médico: SI (con firma y sello) Por el Farmacéutico: SI (con firma y sello) Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI (con firma de conformidad del afiliado)</p> <p>DEL RESUMEN: Carátula: on line Cantidad: Una Presentación: Mensual</p> <p>VALIDACION OBLIGATORIA Refacturación: hasta 60 días de recibido el débito en la Farmacia.</p> <p>COBERTURA DEL SERVICIO: Toda la provincia de Buenos Aires.</p> <p>DE LA PRESCRIPCION: Cantidad Máxima de:</p>	<p>PRODUCTOS DISTINTOS POR RECETA: 2 (dos) de distinto Principio Activo.</p> <p>UNIDADES POR RENGLÓN: hasta 2 (dos)</p> <p>UNIDADES POR TAMAÑO: cualquiera</p> <p>Antibióticos inyectables: Monodosis: cinco (05) Multidosis: uno (01)</p> <p>RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS: Se reconocerán aquellos productos cuyas drogas figuren en el Formulario Terapéutico de CSSEPBA (Escribanos), con la cobertura indicada en el mismo para cada droga.</p> <p>Aquellos productos cuyas drogas no figuren en el vademécum, serán reconocidos con el 50% de cobertura, excepto las siguientes clasificaciones según Manual Farmacéutico:</p> <p>Por Acción Farmacológica:</p> <p>Pantalla Solar Protector Solar Filtro Solar Bronceador Hidratante Protector Solar Humect. Facial c/prot.solar Protector rayos U.V. Acelerador de bronceado Va. Contra virus papiloma humano</p> <p>Por droga:</p> <p>Donepecilo Memantine Memantine clorh.+donepecilo clor Memantine+donepecilo Galantamina Orlistat Rivastigmina</p> <p>Por tipo de venta:</p> <p>Venta Libre</p> <p>Forma Fca.: Leches</p>
--	---

OBSERVACIONES:

El afiliado o tercero debe presentar credencial de afiliación y DNI, que acredite la identidad del destinatario de la prescripción. En la validación deberá ingresarse para validar el afiliado, el número de Credencial, el cual consta de 11 dígitos.

Tratamiento Prolongado: en caso de indicación de Tratamiento Prolongado, la validez de la prescripción será por el tiempo indicado en el mismo y podrá extenderse hasta 1 (un) año a partir de la fecha de prescripción. El afiliado de "LA CAJA" deberá conservar la receta original en buen estado y exhibirla cada vez que deba adquirir nuevos envases, junto con una fotocopia de la misma que será entregada a la farmacia para proceder a su facturación firmando la conformidad en dicha copia.

DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR:

- Nombre y Apellido del paciente.
- N° de afiliado.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra.
- Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- Fecha de prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.
- No se aceptan enmiendas sobre corrector líquido, salvo que sean salvadas.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

- Adjuntar los **troqueles** del siguiente modo:
 - Incluyendo el código de barras.
 - Si no tiene troquel, colocar código de barra o la sigla S/T con firma de conformidad del afiliado.
- Fecha de Venta, en caso de que en la receta no se adjunte copia del ticket o presupuesto o comprobante de validación, ya que dicho dato figura en el mismo.
- Adjuntar copia de ticket o presupuesto o comprobante de validación donde consten los precios unitarios y totales con la firma de conformidad del afiliado o tercero, caso contrario la receta deberá ser valorizada y contar ésta con la firma en cuestión.
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo.
- Las enmiendas de precios deberán ser salvadas por el farmacéutico y por la persona que retira los medicamentos.