

**ANEXO INFORMACIÓN N° 35/14 – S.U.**

Octubre 2014



**OBRA SOCIAL: PREVENCION SALUD**  
 Nombre Completo: PREVENCION SALUD  
 N° de CUIT: ..... - Cód. de O.S.: 463  
 Dirección: COFA – Av. Julio A. Roca N°751

<p><b>DESCUENTO:</b></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>O.S</th> <th>Afiliado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Básico</td> <td>40%-50%-60%</td> <td>resto</td> </tr> <tr> <td>A con copago (ACC)</td> <td>40%-50%-60%</td> <td>resto</td> </tr> <tr> <td>A1,2,3,4,5,6</td> <td>40%-50%-60%</td> <td>resto</td> </tr> <tr> <td>A OSFeNTOS</td> <td>40%-50%-60%</td> <td>resto</td> </tr> <tr> <td>Jóven</td> <td>40%-50%-60%</td> <td>resto</td> </tr> <tr> <td>Personal Grupo Sancor Seguros</td> <td>70%</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>PMI</td> <td>100%</td> <td>----</td> </tr> <tr> <td>Patologías crónicas</td> <td>70%-100%</td> <td>resto</td> </tr> <tr> <td>Anticonceptivos</td> <td>100%</td> <td>----</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>TIPO DE RECETARIO:</b>          Oficial: <b>NO</b>                      Otros: <b>SI (1)</b></p> <p><b>VALIDEZ DE LA RECETA:</b> El día de la prescripción y los 30 días siguientes.</p> <p><b>TROQUELADO:</b></p> <p><b>FECHA DE EXPENDIO:</b> <b>SI</b></p> <p><b>ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nro. DE MATRICULA:</b>          Con sello: SI                      Manuscrito: NO (salvo que sea ilegible el sello)</p> <p><b>ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES:</b>          Letras: si                      Números: si</p> <p><b>ENMIENDAS SALVADAS:</b>          Por el Médico: SI (con firma y sello)          Por el Farmacéutico: SI (con firma y sello) (2)          Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI (con firma de conformidad del afiliado)</p> <p><b>DEL RESUMEN:</b>          Carátula: on line          Cantidad: Una          Presentación: Mensual          Refacturación:</p> <p><b>COBERTURA DEL SERVICIO:</b> Toda la provincia de Buenos Aires.</p> <p><b>VALIDACION: Obligatoria</b></p> <p><b>DE LA PRESCRIPCION:</b></p> <p>Cantidad Máxima de:</p> <p><b>PRODUCTOS DISTINTOS POR RECETA:</b>  <b>Sin</b> Tratamiento Prolongado hasta tres (03) de distinto principio activo.  <b>Con</b> Tratamiento Prolongado hasta dos (02) de distinto principio activo.</p>		O.S	Afiliado	Básico	40%-50%-60%	resto	A con copago (ACC)	40%-50%-60%	resto	A1,2,3,4,5,6	40%-50%-60%	resto	A OSFeNTOS	40%-50%-60%	resto	Jóven	40%-50%-60%	resto	Personal Grupo Sancor Seguros	70%	30%	PMI	100%	----	Patologías crónicas	70%-100%	resto	Anticonceptivos	100%	----	<p><b>UNIDADES POR RENGLÓN:</b>  <b>Sin</b> tratamiento prolongado uno (01)), en caso de tratarse de un único renglón por receta, se aceptan hasta dos (02) envases chicos.  <b>Con</b> Tratamiento Prolongado hasta dos (02).</p> <p><b>UNIDADES POR TAMAÑO:</b> dos (02) grandes por receta, el resto chicos o tamaño siguiente al menor. (3)          Antibióticos inyectables:          Monodosis: <b>hasta</b> cinco (05)          Multidosis: uno (01) <b>VER</b></p> <p><b>RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:</b>          Se reconocerán las especialidades medicinales comprendidas en el Vademécum vigente, cuyos productos deben validarse electrónicamente.</p> <p><b>Tratamiento Prolongado:</b> Cuando el médico coloca de su puño y letra la frase "Tratamiento Prolongado", su equivalente o abreviatura, pueden dispensarse las cantidades indicadas.. Debe indicarse además el tamaño y/o contenido de cada medicamento, por lo que de omitirse sólo se entregará un envase del menor tamaño. (4)</p> <p><b>PMI:</b> Según validación On Line.          Leches Medicamentosas: Hasta cuatro (04) Kg. por receta por mes, con autorización previa.          Leches Maternizadas: No</p> <p><b>Patologías Crónicas:</b> La cobertura de 70% o 100% (según Vademécum) se aplica únicamente para los principios activos habilitados para cada asociado en el sistema de validación on line. (5)</p> <p><b>Anticonceptivos:</b> 100% según validación on line. (5)</p> <p><b>Autorizaciones especiales:</b> Podrán dispensarse recetas que se contrapongan con la presente normativa siempre que se adjunte el Formulario de Autorización en <u>original</u>; se aplicará el descuento que indique la autorización. Dicho formulario debe contar obligatoriamente con firma y sello en <u>original</u> de las siguientes personas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. Matías Buffa</li> <li>• Dra. Julieta Soledad Cardellino</li> <li>• Dra. Evangelina Inés Patoco</li> </ul> <p>Atención al Cliente por temas de normativa: (011) 4136-9090 – Fax (011)4136-9001</p>
	O.S	Afiliado																													
Básico	40%-50%-60%	resto																													
A con copago (ACC)	40%-50%-60%	resto																													
A1,2,3,4,5,6	40%-50%-60%	resto																													
A OSFeNTOS	40%-50%-60%	resto																													
Jóven	40%-50%-60%	resto																													
Personal Grupo Sancor Seguros	70%	30%																													
PMI	100%	----																													
Patologías crónicas	70%-100%	resto																													
Anticonceptivos	100%	----																													

**OBSERVACIONES:**

(1) De todo tipo (Particular o de Instituciones) con membrete; NO se aceptan recetarios sin membrete (por ejemplo: recetarios en blanco, de publicidad de medicamentos, etc.).

Recetarios sin membrete siempre y cuando conste con algún a identificación de la Institución (sello, por ejemplo). No se aceptan recetarios en blanco, o de publicidad de medicamentos (sin identificación de la Institución).

Recetarios electrónicos con la prescripción preimpresa, siempre y cuando cuenten con firma y sello original del profesional y cumplan con el resto de las normas de atención vigentes.

Exclusivamente para Bahía Blanca son válidos los recetarios sin membrete (por ejemplo: recetarios en blanco, de publicidad de medicamentos, etc.).

(2) 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.

(3) Los envases de tamaño único son considerados chicos. Si el médico no especifica cantidades se entregará el envase de menor contenido, si indica la palabra "grande" se entregará la presentación siguiente a la menor, si equivoca la cantidad y/o contenido se entregará el tamaño inmediato inferior al indicado.

(4) Debe indicarse en el sistema de validación On Line que la receta corresponde a Tratamiento Prolongado.

(5) Los productos incluidos en los Vademécum de Patologías Crónicas y Anticonceptivos pueden ser dispensados con el descuento general del beneficiario, cuando éste no se encuentre habilitado para dichas coberturas en el sistema de validación on line.

**El afiliado presentará:**

- Documento de Identidad (DNI, LC.LE)
- Credencial definitiva o provisoria (según muestras)
- **Para el Plan Jóven:** Credencial en la que se indica el plan de origen del beneficiario (A1, A2, A3. etc.).
- **Para Personal del Grupo Sancor Seguros:** No poseen credencial especial. Presentarán la credencial habitual del plan de origen (A2, A3, A4, JOVEN, etc.), pero en el sistema de validación ON LINE figurarán habilitados con una cobertura general de 70%.
- Si tuviera **Plan Materno Infantil** o alguna **Patología Crónica** con cobertura superior al 70%, prevalece la de mayor cobertura.
- En caso de que el beneficiario no figure habilitado según validación on line pero presenta la credencial provisoria (similar a las definitivas pero en papel - ver muestra) deberá ser atendido normalmente, adjuntando una copia a la receta para su presentación. Verificar fecha de vencimiento al momento del expendio.

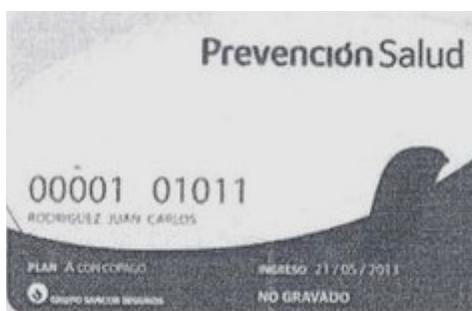
**DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR:**

- Denominación de la Entidad (en caso de que el recetario no sea el oficial de la Entidad).
- Nombre y Apellido del paciente.
- N° de afiliado.
- Medicamentos recetados por principio activo, indicando una marca sugerida incluida en el Vademécum. Se rechazarán recetas que no presenten Principio Activo. Si el profesional indica una marca sugerida excluida del Vademécum, la farmacia debe efectuar el remplazo correspondiente respetando principio activo, concentración y forma farmacéutica.
- Cantidad de cada medicamento en números y letra.
- Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
- Firma y sello con número de matrícula y aclaración 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.

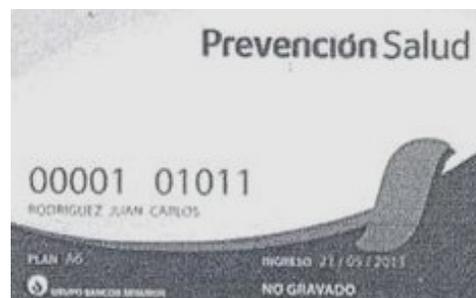
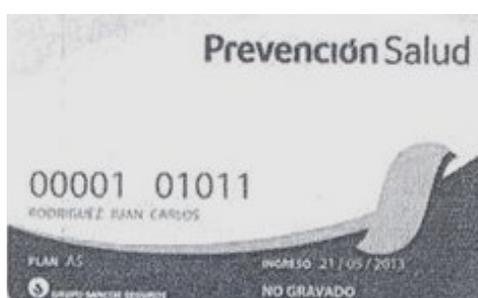
**DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:**

- Adjuntar los **troqueles** del siguiente modo:
  - Incluyendo el código de barras.
  - Si no tiene troquel, colocar código de barra
  - Adheridos con goma de pegar (no broches, no cinta adhesiva).
  - No se aceptaran troqueles con leyendas, con signos de deterioro o uso previo, con diferencias de tamaño, grosor o color.
- Fecha de Venta.
- Número de transacción on line, debe indicarse en el encabezado de la receta "RT: XXXX", o bien puede imprimirse el comprobante que emite el sistema.
- Importes unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad y totales.
- Adjuntar ticket fiscal o copia de ticket fiscal o documento no fiscal homologado o Factura A, B o C.
- 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.

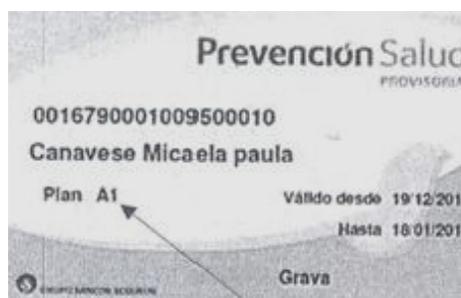
**PLANES A CON COPAGO, A1, A2, A3 Y A4**



**PLANES A5, A6 Y PLAN JOVEN**



**CREDENCIAL PROVISORIA**



**PLAN MATERNO INFANTIL**

