

(21092021)

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter. (2)	Con Manual Fco.
Ambulatorio PMO	40%	60%	SI	NO
Ambulatorio Juegos de Azar	50%	50%	SI	NO
Diabetes Hipoglucemiantes orales	70%	30%	SI	NO
Insulinas	100%	0%	SI	NO
Plan Materno Infantil (1)	100%	0%	SI	NO
Leches(4)	100%	0%	NO	SI
Autorizaciones Especiales (3)	X%	Y%	NO	SI

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
 (2) Formulario terapéutico de la Obra Social.
 (3) Con autorización previa.
 (4) La prescripción de Leches debe venir en recetas separados de cualquier otro medicamento.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIPCIÓN Por nombre	DIAGNOS TICO	RECETA	VALI-DEZ REC.	TRO-QUE L	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENÉRICO	SI	PARTICU-LAR (A)	15 días	SI (B)	Sello: SI Manuscrito: NO

- A) Con membrete del profesional o de la Institución donde atiende, no se aceptaran los de propaganda médica sin identificación. La receta deberá llevar de puño y letra del médico:
 A-1) Nombre de la entidad.
 A-2) Nombre y apellido del beneficiario.
 A-3) Número de afiliado, tal como figura en la credencial. No se aceptarán recetas con la leyenda "EN TRÁMITE"
 A-4) Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en número y letras.
 A-5) Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
 A-6) Fecha de Prescripción.
 A-7) Diagnóstico obligatorio (Explicito o CIE 10). No es válida la leyenda "Secreto Profesional".
 A-8) En las recetas del PMI, según corresponda, debe constar la leyenda "PLAN MATERNO INFANTIL" o "EMBARAZO DE xxx SEMANAS" escrita por el médico.
 B) Completo N° y código de barras. No utilizar ganchos o cintas que dificulten su lectura.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	3 (a)
--	--------------

- a) NO se cuentan repetidos.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

TAMAÑO (a-b)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	1
SUBSIGUIENTE AL CHICO	1
GRANDE (3º TAMAÑO o más)	1
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5

ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	2
------------------------------	----------

- a) Se debe especificar la concentración, unidades y tamaño de cada medicamento. Cuando el profesional no especifique claramente concentración y/o unidad y/o tamaño, se entregará el de menor concentración y/o unidad y/o tamaño, según corresponda.
 b) Cuando el profesional prescriba grande sin otra especificación, se dispensará el tamaño subsiguiente al chico.

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- a) Productos de venta libre.
 b) Productos de presentación y/o uso hospitalario.
 c) Todo producto fuera del vademécum de la Obra Social.

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) Medicamentos incluidos en el vademécum de la Obra Social.
 b) Medicamentos fuera del vademécum autorizados únicamente por los siguientes profesionales de la Auditoría Médica de Sygma Servicios Integrales SA:
 • Dra. Ana Muñoz (MN 69.461)
 • Dr. Oscar Belot (MN 75.554)
 • Dra. Marta Duyos (MN 64.615)
 • Dra. Elina Kern (MN 100862)
 c) Leches medicamentosas hasta el 3º mes de vida y hasta un máximo de 4 (cuatro) kilos por receta. El médico debe indicarla en recetario aparte de los medicamentos.

LEY DE GENÉRICOS

Prescripción por nombre genérico (monodroga). Se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescripta, en la concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada que figuren en vademécum. Excepto Insulinas.

ENMIENDAS

- a) Todas las enmiendas que se hagan en el sector de la receta destinado a la farmacia, deberán ser salvadas y el afiliado deberá firmar y aclarar su firma, avalando dicha salvedad.
 b) Toda enmienda hecha en la prescripción deberá ser salvada por el médico tratante bajo leyenda: "Digo(lo enmendado)" firmando y sellando el médico nuevamente lo salvado.

AFILIACION

Se acredita con CARNET en vigencia y DNI.

PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS

Se pueden presentar hasta 60 días desde el expendio.
 Las refacturaciones no deberán presentarse con posterioridad a los 60 (treinta) días de recibido el débito y se efectuarán en planillas por separado de las facturaciones del mes.

PRESENTACION DE LA FACTURACION

La presentación se hace con un único resumen mensual.
 Separa por porcentaje de cobertura a saber:

- Ambulatorio 40%**
- Ambulatorio 50%**
- Diabetes Hipoglucemiantes orales 70%**
- Insulinas 100%**
- Plan Materno Infantil 100%**
- Autorizaciones especiales**
- Refacturación**

FORMULARIO TERAPEUTICO

Dado que:
 El FORMULARIO TERAPEUTICO es muy extenso y se encuentra instalado en el sistema de computación del Colegio,
 Por ello las farmacias que deseen tener una copia del FORMULARIO TERAPEUTICO deberán solicitarlo al Colegio Farmacéutico de La Pampa.