

(05/08/2019)

**PLANES Y DESCUENTOS**

	a/c ART	a/c Beneficiario	Con Form. Ter.	Con Manual Fco.
Ambulatorio	100%	0%	NO	SI

**RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL**

PRESCRIPCIÓN Por nombre	DIAGNÓSTICO	RECETA (A-C)	VALIDEZ REC.	TROQUEL	FIRMA Y ACLAR. DEL MEDICO
COMERCIAL O GENERICO	NO	PARTICULAR	15 días	SI (B)	Sello: SI Manuscrito: NO

(A) La receta debe cumplir con los siguientes requisitos, de puño y letra del médico y con la misma tinta:

- A-1) Nombre de la ART ("Plus ART" o "PROFRU ART").
- A-2) Nombre y apellido del beneficiario.
- A-3) Número de Documento ó CUIL.
- A-4) Nombre o Razón Social de la empresa en la que trabaja el accidentado y el CUIT (De no estar colocado, puede indicarlo la farmacia).
- A-5) Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en número y letras (si no se indica se dispensará solo uno).
- A-6) Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.
- A-7) Fecha de prescripción y de dispensación
- A-8) Cantidad entregada, precio unitario a la fecha de expendio, total del renglón y total de la receta.
- A-9) Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con su sello y firma.
- A-10) Del afiliado o tercero: Firma, aclaración, domicilio, teléfono y documento (la ausencia de estos datos son motivo de débito).
- A-11) Sello y firma de la Farmacia.

(B) Pegarlos de acuerdo al orden de prescripción. Incluyendo el código de barras y adheridos con cinta adhesiva o pegamento (no usar abrochadora).

**(C) Con cada receta se deberá adjuntar copia del ticket de venta.**

**MEDICAMENTOS POR RECETAS**

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	SIN LÍMITES
--	-------------

a) No se cuentan repetidos.

**UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO**

TAMAÑO (a)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	Lo indicado
SUBSIGUIENTE AL CHICO (b)	Lo indicado
GRANDE (3º TAMAÑO o más) (b)	Lo indicado
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	Lo indicado

**PRODUCTOS NO RECONOCIDOS (\*)**

- a) Anabólicos
- b) Anestésicos en general.

- c) Anorexígenos y medicamentos antiobesidad. (Por ej. Xenical, etc.)
- d) Anticonceptivos y anovulatorios.
- e) Antihemofílicos.
- f) Antisépticos de uso externo.
- g) Cintas reactivas.
- h) Cosméticos.
- i) Dermatológicos.
- j) Flores de Bach
- k) Herboristería y Homeopatía.
- l) Hormonas de crecimiento.
- m) Inmunoestimulantes, inmunomoduladores e inmunosupresores.
- n) Leches.
- o) Medicación contra el SIDA.
- p) Medicamentos contra la disfunción sexual (Ej: Sildefil, etc)
- q) Medicamentos importados por el beneficiario.
- r) Medicamentos para dejar de fumar.
- s) Medicamentos y productos de venta libre.
- t) Medios de contraste y tomográficos.
- u) Oncológicos y coadyuvantes.
- v) Pastas, polvos, dentífricos, artículos de limpieza y líquidos para limpiar o fijar dentaduras.
- w) Productos con Ginseng.
- x) Productos para internación.
- y) Productos para la estética (Anticelulíticos, antiarrugas, fotoenvejecimiento, etc).
- z) Productos que contengan la Droga Linezolid (Ej: Zyvox 600 mg x 10 tab, etc).
- aa) Reactivos para diagnóstico.
- bb) Recetas magistrales.
- cc) Champús
- dd) Sustitutos de la sal, productos alimenticios y dietéticos.

**PRODUCTOS RECONOCIDOS**

- a) Productos de venta bajo receta incluidos en el Manual Farmacéutico o Kairos, los de venta libre y materiales de curaciones.
- b) Los autorizados por PLUS ART a través de su línea telefónica de lunes a viernes de 10 a 17:30 horas, 011 4867 7800.

**LEY DE GENERICOS**

- a) Si se prescribe por nombre genérico (monodroga) se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescrita que tenga igual concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada.
- b) Si se prescribe por nombre comercial (prescripción por marca), se permite el reemplazo por otros nombres comerciales que figuren en el Manual Farmacéutico o Guía Kairos., siempre que tengan igual: Monodroga, concentración, forma farmacéutica, cantidad y cuyos precios sean menores al medicamento cuyo nombre comercial se prescribió.  
En caso de reemplazo:

- b-1) El afiliado deberá firmar (por segunda vez) de conformidad el reemplazo.
  - b-2) El farmacéutico deberá colocar fecha, firma (por segunda vez) y sello aclaratorio (nombre, apellido y matrícula).
- b) Si el médico prescribe por nombre comercial y estima que no cabe reemplazar el medicamento denominado por marca debe agregar a continuación de la firma correspondiente a la prescripción y de su puño y letra la justificación fundada que avale tal decisión, bajo el título: "Justificación de la prescripción por marca", dejando nuevamente asentada su firma y sello (segunda firma). En este caso el medicamento no podrá ser reemplazado.

**AFILIACION**

Se acredita con documento de identidad y CREDENCIAL.

**PRESENTACIÓN DE LA FACTURACION**

Se hace numerando las recetas por orden correlativo de fecha de dispensación