

(11/12/2023)

**PLANES Y DESCUENTOS**

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter. (2)	Con Manu al Fco.
Ambulatorio	100%	0%	NO	SI

**RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL**

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOST ICO	RECETA	VALI - DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENERICO	NO	PARTICUL AR (A-D)	30 días	SI (B)	Sello: SI Manuscrito: NO

- A) La receta, la cual no es obligatorio que tenga membrete personal o institucional, debe contener de puño y letra del médico:
- A-1) Denominación de la entidad SMG ART (Si no se expresa debe ser completado por el farmacéutico)
  - A-2) Fecha de emisión.
  - A-3) Nombre y apellido del beneficiario.
  - A-4) Número de DNI o CUIL
  - A-5) Nombre de la empresa donde trabaja el beneficiario (Si no se expresa debe ser colocado por el farmacéutico).
  - A-6) Firma y sello del médico donde conste nombre y apellido y número de matrícula.
  - A-7) Detalle de los medicamentos.
  - A-8) Cantidad de los medicamentos en números y letras en el caso de que se trate de más de una unidad.
- B) Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla "S/T".
- C) Con cada receta se deberá adjuntar copia del documento no fiscal homologado para uso de obras sociales (copia adicional del ticket fiscal o ticket factura) y si el controlador fiscal que posee la farmacia no esta preparado para imprimir este comprobante, la farmacia solo DEBERA COLOCAR EN LA RECETA EL NUMERO DE TICKET O COMPROBANTE FISCAL QUE RESPALDE LA VENTA DEL MEDICAMENTO RECETADO EN LA RESPECTIVA RECETA.
- D) Con cada receta se deberá adjuntar copia de la denuncia de accidente de Trabajo en la ART o número de siniestro escrito en la receta de puño y letra del médico.

**MEDICAMENTOS POR RECETAS**

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

**UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO**

TAMAÑO (a-b)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	2
SUBSIGUIENTE AL CHICO	2
GRANDE (3º TAMAÑO o más)	2
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	1

- a) En una misma receta pueden coexistir dos o más medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.
- b) 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.

- c) Cuando el profesional prescriba grande sin otra especificación, se dispensará el tamaño subsiguiente al chico.
- d) Cuando un medicamento tenga una presentación UNICA se considerará como tamaño chico.

**PRODUCTOS NO RECONOCIDOS**

- a) Medicamentos y/o Productos de Venta Libre.
- b) • Pastas, Polvos o Líquidos Dentífricos.
- c) • Fórmulas Especiales o artículos para limpiar o fijar dentaduras.
- d) • Jabones (aún los que contengan fórmulas medicamentosas), excepto los indicados para dermatitis de contacto.
- e) • Callicidas
- f) • Cepillos de todo tipo.
- g) • Productos de perfumería, tocador y belleza.
- h) • Productos para la estética corporal.
- i) • Accesorios médicos tales como instrumental de cirugía, jeringas, productos para diagnóstico, termómetros, atomizadores, inhaladores, nebulizadores.
- j) • Mamaderas, pañales, etc.
- k) • Champúes, lociones y/o productos que no tengan fórmula medicamentosa y/o la leyenda "Venta bajo receta", aún recetados por dermatólogos. Pantallas solares (FPS menor a 20), cremas antiestrías, cremas reductoras.
- l) • Herboristería, Recetas Magistrales y productos Homeopáticos.
- m) • Productos para contraste radiológico y de diagnóstico.
- n) • Productos o sustancias alimenticias y dietéticas en general.
- o) • Leches comunes o maternizadas
- p) • Material radiactivo.
- q) • Gammaglobulinas inespecíficas o polivalentes.
- r) • Medicamentos importados no autorizados por Salud pública.
- s) • Anorexígenos.
- t) • Productos que contengan ORLISTAT.
- u) • Medicamentos antiesterilidad.
- v) • Productos para la disfunción sexual masculina.
- w) • Anestésicos.
- x) • Parches de nicotina.
- y) • Solventes indoloros (se aceptará su prescripción, sólo acompañado del correspondiente antibiótico)
- z) • Productos alimenticios.
- aa) • Anticonceptivos.
- bb) • Hemoderivados y sustitutos de la sangre.
- cc) • Productos para provocar y/o inhibir la fertilidad.
- dd) • Productos de presentación y/o uso hospitalario.

**PRODUCTOS RECONOCIDOS**

- a) Medicamentos de venta bajo receta que figuren en el Manual Farmacéutico o Guía Kairos.
- b) Medicamentos con expresa autorización de SMG ART.

**LEY DE GENERICOS**

- a) Si se prescribe por nombre genérico (monodroga) se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescrita, en la concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada.

**ENMIENDAS**

**(11/12/2023)**

- 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.

Por ninguna razón se aceptará, con cargos a las entidades, recetas con enmiendas, raspaduras o agregados con distinta lapicera, sino están salvados expresamente por el profesional prescribiente.

**AFILIACION**

Se acredita con DNI.

**NOMBRE, APELLIDO Y N° DE AFILIACION**

Si fueran ilegibles o poco claros o incompletos o faltase, el farmacéutico colocará en la receta los datos correctos que obren en el carnet o credencial del afiliado. Para esto deberá colocar su sello y firma y el afiliado deberá firmar de conformidad avalando la corrección.

**PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS**

Se pueden presentar hasta 60 DIAS de la fecha de dispensación.

**PRESENTACION DE LA FACTURACION**

El cierre de lotes se hará según indica el instructivo de Farmalink "GUIA DECLARACION DE DISPENSA".

Se hace por pág.: [www.imed.com.ar](http://www.imed.com.ar) como "Declaración de Dispensa"

Deberá presentar:

- Carátula de cierre manual.
- Carátula de presentación
- Recetas incluidas en la carátula.

En cada receta debe figurar Importes Unitarios, Totales, % a cargo de la entidad y Fecha de expendio.

**NOTA:** antes de rechazar cualquier receta, llamar al Centro de Atención 24hs de SMMP al teléfono: 0810-333-7737