

(19/11/2024)

BONIFICACIÓN
Las farmacias harán un 5% de bonificación sobre el 100% de la receta.

VALIDACIÓN ON LINE
Todas las recetas deberán contar con validación On Line, aún las que tengan autorización especial o voucher para su dispensa.

Para VALIDAR, se deberá seguir el mismo procedimiento que en las obras sociales de FEFARA (Ver Guía de Validación On Line respectiva). Se requerirá token, que será de 5 dígitos y lo proporcionará el afiliado desde la App Mi Credencial Prevención Salud.

PLANES Y DESCUENTOS				
	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
12 PLAN GENERAL	100% 70% 100% 40% 50% 60% 70% 100%	0% 30% 0% 60% 50% 40% 30% 0%	SI (1) SI (2) SI (2) SI (3) SI (3) SI (3) SI (3) SI (4)	NO
16 AUT. C/VOUCHER PREVENCION (6)	X%	Y%	SI (1)	NO
09 Autorizaciones Especiales (5)	X%	Y%	NO	SI
15 LECHES CON PROVISIÓN CENTRALIZADA (7)	100%	0%	SI (8)	NO
19 TIRAS REACTIVAS CON PROVISIÓN CENTRALIZADA (7)	Según validación		SI (9)	NO
20 INSULINA CON PROVISIÓN CENTRALIZADA (7)	Según validación		SI (9)	NO

- (1) Formulario terapéutico ATCO (Anticonceptivos).

(2) Formulario Terapéutico Crónicos.

(3) Formulario Terapéutico Ambulatorios.

(4) Formulario Terapéutico PMI.

(5) Con autorización previa de la obra social, según porcentaje autorizado en el formulario de autorización (ver modelo aparte). Llevará la firma del Gerente Médico – Dr Matías Buffa Puede ser en original o impreso por el afiliado. Esta autorización Especial SIEMPRE debe estar acompañada de la receta respectiva.

(6) Se habilita este plan para la validación y dispensa de anticonceptivos*, T3/Levotiroxina* y tamoxifeno*. No requiere receta. Es un voucher en el que deberá ingresar, al momento de la validación, el número de recetario que figura impreso en el mismo (ver modelos de voucher al final de la presente Norma).

***Aclaración:** si estos medicamentos están prescritos en una receta particular (ejemplo anticonceptivos), se acepta, pero se debe validar en el Plan General.

- (7) Ver instructivo al final de esta norma

(8) Formulario terapéutico Leches Maternizadas y medicamentosas

(9) Formulario terapéutico Insulinas y Tiras reactivas

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL					
PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOST ICO	RECETA	VALI - DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENERICO (E-G)	NO	PARTICUL AR o ELECTRÓN ICA (A-B-D-F- H-I-J-K)	30 días	SI (D)	Sello: SI Manuscrito: NO

- A) Recetario particular o de instituciones. Se aceptan recetarios sin membrete, recetarios en blanco o con publicidad de medicamentos.

B) Receta pre impresa con firma y sello de puño y letra del profesional.

C) En la receta deben figurar de puño y letra del profesional con la misma tinta:

a. Nombre y apellido del Paciente y número de afiliado.

b. Medicamentos recetados por principio activo, indicando una marca sugerida incluida en el vademecum

c. Cantidad de cada medicamento

d. Firma y sello con número de matrícula y aclaración.

e. Fecha de prescripción.

D) Adjuntar troquel con código de barras de acuerdo al orden de prescripción. Si la presentación no contiene número de troquel adjuntar código de barras. No se aceptan troqueles institucionales.

E) La prescripción deberá hacerse por principio activo, indicando una marca sugerida incluida en el vademécum.

F) 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 las farmacias no disponen de impresora fiscales que emita tercer comprobante, solo DEBERAN COLOCAR EN LA RECETA EL NUMERO DE TICKET O COMPROBANTE FISCAL QUE RESPALDE LA VENTA DEL MEDICAMENTO RECETADO EN LA RESPECTIVA RECETA.

G) Ver ley de genéricos.

H) En el caso del plan 16 los voucher son recetas electrónicas habilitadas para la dispensa.

I) Para Plan Leches, junto a la receta el afiliado debe presentar un Voucher de Autorización:

Prevención Salud

de SANCOR SEGUROS

Autorización PMO

Nº Autorización: 1065030

Afiliado

Nº Credencial

Plan

Fecha Autorización

Condición de IVA

Demandante

Efecto

Lugar de Atención

Productos

Producto

Cantidad

Observaciones

Se autoriza NUTRILON SIN LACTOSA LCP lata x 400 g (x 10 latas) COBERTURA AL 100% A CARGO DE PREVENCION SALUD. corresponde a diciembre.

Gerente Médico - Prevención Salud

Firma del Afiliado

DNI: 572 10850

Nota: "El valor a abonar por esta prestación queda sujeta a los términos del convenio y/o presupuesto aceptado"

(19/11/2024)

- J) Para los recetarios que cuenten con prescripción de tiras reactivas e insulinas, se podrá presentar la receta original con los troqueles de insulinas, y una copia junto a los troqueles de tiras reactivas.
- K) **Receta electrónica:** Será requisito obligatorio al momento de generar la validación cargar el número de recetario en el campo respectivo, excepto si la receta se rescata por la opción Receta electrónica. Cuando las recetas no se puedan obtener desde su validador por la opción de Receta Electrónica, deben imprimirse y validarse cargando el número de recetario en forma manual (los primeros nueve dígitos).

En caso de no tener el número de recetario (recetas particulares) se debe cargar cualquier número de un solo dígito.

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) 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) Debe llevar la leyenda:"TRATAMIENTO PROLONGADO", de puño y letra del médico, cuando se prescriban dos (2) unidades por renglón.
- c) Anticonceptivos se reconocerán 2 cajas mensuales y hasta 14 anuales.

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- a) Medicamentos excluidos de los respectivos formularios terapéuticos.

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) Medicamentos incluidos en los respectivos formularios terapéuticos.
- b) **Anticonceptivos se reconocerán 2 cajas mensuales y hasta 14 anuales.**
- c) **Vacunas no incluidas en el Calendario Oficial sólo con autorización de la Auditoría Médica de Prevención Salud**
- d) Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos cuando se hallen autorizadas por la Entidad, Auditoría Médica de Corporación, mediante Formulario de Autorización con firma y sello en original y/o duplicado, siempre que cuente con la firma del Gerente Médico – Dr Matías Buffa.

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.

- Quando 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 en conformidad.
- 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.

LEY DE GENÉRICOS

- b) Si se prescribe por nombre genérico seguido de 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).
- c) Si el médico prescribe por nombre genérico seguido de nombre comercial (prescripción por marca), 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, 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.

AFILIACIÓN

Se acredita con DNI.
Credencial: física o virtual.

PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS

Se pueden presentar hasta 90 DIAS de la fecha de dispensación, salvo en los planes Insulinas, tiras y leches con provisión, que tienen un plazo de presentación de hasta 30 días con respecto a la fecha de factura del producto.

PRESENTACION DE LA FACTURACIÓN

- La presentación se hace separando las recetas por planes.
- Para los recetarios en los cuales se encuentren prescriptas insulinas junto a tiras reactivas deberá presentar:
- a) En plan Insulinas con Provisión: receta con los troqueles de la insulina y ticket de validación on line
- b) En el plan Tiras Reactivas con Provisión: Fotocopia de la receta con troqueles de las tiras o con el código de barras y el ticket de validación.

(19/11/2024)

Para el Plan leche con provisión centralizada: receta, autorización de la Obra Social y ticket de validación on line.

Planes con provisión centralizada Las recetas no presentadas dentro de los 30 días de la fecha de factura de la droguería tendrán un debito igual al importe de dicha factura.

REFACTURACIONES

Recetas debitadas que sean refacturables, se podrán refacturar enviándolas en carátula aparte indicando en esta "REFACTURACIONES". No debe realizarse nuevamente la validación on line.

MODELO DE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Prevención Salud

de SANCOR SEGUROS

Autorización PMO

N° Autorización: 8111517

Afiliado

N° Credencial

Plan

Fecha Autorización

Condición de IVA

Demandante

Elector

Lugar de Atención

A2

14/12/2023

NO GRAVADO

Productos

Producto	Cantidad
BEXSERO jgo.prel.x 1	1

Observaciones

Autorización valida solo para retirar en farmacia. Cobertura del 100% a cargo de Prevención Salud.



Gerente Médico - Prevención Salud

Firma del Afiliado

DNI 59455331

Nota: "El velar a abonar por esta prestación queda sujeta a los términos del convenio y/o presupuesto aceptado"

MODELOS DE VOUCHER PARA ANTICONCEPTIVOS y CRONICIDAD

(19/11/2024)

Prevención Salud
de SANCOR SEGUROS

Nº de Receta: 217

Nombre y Apellido: JULIA GHISLIE

Nº de afiliado: 100018000

Ministración genérica: ☐ No

Asesorado por: ☐ Si

Producto sugerido: ALELI

Diagnóstico: Arterioesclerosis

Fecha: 20/12/2018

DR. BOSCC LE

Nat. A6150

0610 000 0010 Atención al afiliado

0610 555 1855 Atención al Prescriptor

Lunes a Viernes de 8:00 a 20:00 hs.

info@prevencionssalud.com.ar

La medicina prepaga que se adapta a vos.

www.prevencionssalud.com.ar

Prevención Salud
de SANCOR SEGUROS

Código de barras

Nombre y Apellido Profesional

Profesión / Especialidad

Matrícula

Domicilio

Nº de receta:

Fecha:

Nombre y apellido:

Fecha de nacimiento:

DNI:

Sexo:

Nº de afiliado:

Plan:

RP:

Druga/Dosis/Forma farmacéutica/Cantidad:

Producto sugerido:

Diagnóstico:

QR

Leandro Bosco

Mat. A6150

Esta receta fue creada por un emisor inscripto y validado en el Registro de Recetas Electrónicas del Ministerio de Salud de la Nación.

PLANES CON PROVISIÓN CENTRALIZADA

A continuación se detallan los planes, circuito de atención, facturación y liquidación que contarán con esquemas de provisión centralizada.

- PLANES:
 - INSULINAS CON PROVISIÓN – 100%
 - TIRAS REACTIVAS CON PROVISIÓN – 100%
 - LECHES CON PROVISIÓN - 100%
- MODALIDAD OPERATIVA:

(19/11/2024)

- 1- El afiliado concurre a la farmacia con la **RECETA** y **VAUCHER DE AUTORIZACIÓN en el caso de que lo recetado sean leches** (ver modelo más abajo)
- 2- La Farmacia **VALIDA ONLINE** la misma dentro del plan correspondiente, de acuerdo al producto prescripto.

Venta

PARTICULAR

PREVENCION SALUD INSULINAS CON PROVISION

OS SEMPRE

OS:

PREVENCION SALUD

INSULINAS CON PROVISION

Afiliado:

FP:

2

Convenio-Plan

Institucion

Habilitado

Requiere Online

C1:

PREVENCION A.R.T AMBULATORIO - INTERNACION

22 Colegio de Farmacéuticos de La Pampa

☒

☒

*

PREVENCION SALUD INSULINAS CON PROVISION

22 Colegio de Farmacéuticos de La Pampa

☒

☒

*

PREVENCION SALUD LECHES CON PROVISION

22 Colegio de Farmacéuticos de La Pampa

☒

☒

*

PREVENCION SALUD PLAN GENERAL

22 Colegio de Farmacéuticos de La Pampa

☒

☒

*

PREVENCION SALUD TIRAS CON PROVISION

22 Colegio de Farmacéuticos de La Pampa

☒

☒

*

PREVENCION SALUD PLAN GENERAL CARRA

22 Colegio de Farmacéuticos de La Pampa

☒

☒

*

PREVENCION SALUD AUTORIZACIONES ESPECIALES

22 Colegio de Farmacéuticos de La Pampa

☒

☒

*

PREVENCION SALUD AUT. C/VOUCHER PREVENCION

22 Colegio de Farmacéuticos de La Pampa

☒


☒

- 3- Al momento de la validación online se envía automáticamente el **PEDIDO A DROGUERÍA**.
- 4- El sistema devuelve la autorización e informa que el producto será dispensado por una droguería asociada al sistema (Meta, etc.)

Puede ocurrir que la droguería rechace el pedido si la farmacia no tuviera cuenta corriente en la misma. En tal caso, comunicarse al Colegio.
- 5- La **DROGUERÍA ENVIARÁ** el pedido a la farmacia en **72 hs** aproximadamente.
- 6- La farmacia entrega al **AFILIADO** el producto, quien **DEBE FIRMAR** la conformidad de la dispensa.

• **CIRCUITO DE FACTURACIÓN y LIQUIDACIÓN:**

1 – La farmacia realiza la validación online y emite un ticket fiscal por el valor del Total receta de la OPF (en este caso es el 100% del PVP).


00302538417121

PREVENCION SALUD - INSULINAS CON PROVISION

116792

DOCUMENTO NO FISCAL

Farmacia

Cód:

CUFE:

CUIT:

Emisión: 13/07/2021

Aut.:13/07/2021 16:45

Afiliado:

Rec.:12123

Matr.:80000

[101] Autorización Prevención: 2930577

1 INSULINA APIDRA SOLOSTAR 100 17.642,06 17.642,06 100%

UI 3 ml LPC x 5

[211]

El producto será entregado por una droguería asociada al sistema

TOTAL RECETA:

17.642,06

A CARGO AFILIADO:

0,00

A CARGO OBRA SOCIAL:

17.642,06

- 2- La **DROGUERÍA ENVÍA** el producto y **FACTURA A LA FARMACIA** con una bonificación acordada. (Ejemplo: una factura de insulina lo realiza por el 70% del PVP).
- 3- **FEFARA PAGA POR CUENTA Y ORDEN DE LA FCIA A LA DROGUERÍA**. La droguería a su vez emitirá el comprobante de cancelación de deuda. FEFARA paga a la farmacia una rentabilidad (honorarios).
- NOTA: LA FARMACIA NO ABONA NADA A LA DROGUERÍA, NI TAMPOCO FACTURA HONORARIOS.**
- Rentabilidad (honorarios) según plan:
- INSULINAS: 15% de PVP.

(19/11/2024)

- TIRAS REACTIVAS: 20% del PVP
- LECHES: 20% del PVP.

4- En el cierre de cada período FEFARA liquida a las farmacias la rentabilidad de estos planes y envía un informe de “Ajuste de rentabilidad” con el que la farmacia ajusta la diferencia entre la venta y lo cobrado, emitiendo una Nota de Crédito (NC).

Tomando como **EJEMPLO** la **DISPENSA DE INSULINAS** de la imagen anterior:

FC Venta Farmacia	\$17642,06	(100% PVP)
FC Droguería	\$12349,04	(70% PVP)
Rentabilidad Fcia (Honorarios)	\$2646,30	(15% PVP)
Dif Venta-Compra-Rentab. (Bonificación)	\$2646,30	(15% PVP)

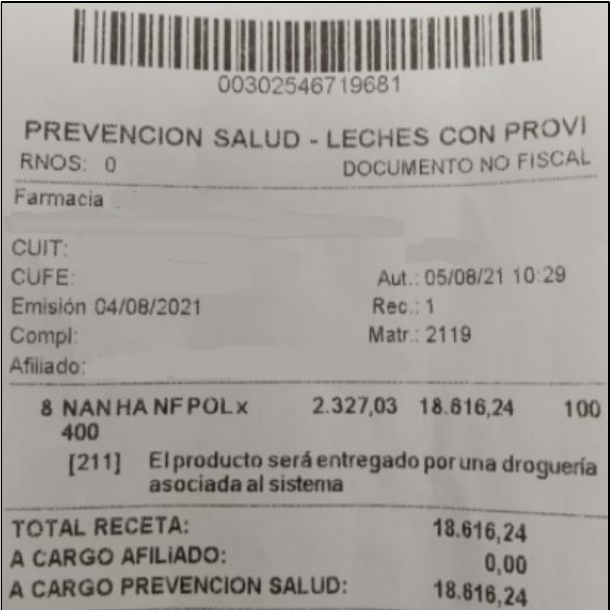
Ajuste con NC (bonificación) realizada por la farmacia.

LIQUIDACIÓN FEFARA PREVENCION SALUD:

Período	Nº Carátula	Descripción	Unidades	Importante Total	Importe Liquidado
2021/07 01	00300088072395 O	DIFERENCIA BRUTO FARMACIA	1	0	-14995,76
2021/07 01	00300088072395 O	LIQUIDACIÓN POR CUENTA Y ORDEN	1	17642,06	17642,06

INFORME DE AJUSTE RENTABILIDAD A REALIZAR				
Farmacia:				
Periodo	Convenio	Plan	Nota Debito	Nota Crédito
01/07/2021	Prevención Salud	Insulinas con Provisión		\$ 2646,30,
Total Farmacia:				\$ 2646,30

EJEMPLO CON UNA **DISPENSA DE LECHES**:



FC Venta Farmacia	\$18616,24	(100% PVP)
FC Droguería	\$11169,74	(60% PVP)
Rentabilidad Fcia (Honorarios)	\$3723,24	(20% PVP)
Dif Venta-Compra-Rentab. (Bonificación)	\$3723,24	(20% PVP)

Ajuste con NC (bonificación) realizada por la farmacia.

LIQUIDACIÓN FEFARA PREVENCION SALUD:

(19/11/2024)

Período	Nº Carátula	Descripción	Unidades	Importante Total	Importe Liquidado
2021/07 01	003000880723950	DIFERENCIA BRUTO FARMACIA	1	0	-14892,99
2021/07 01	003000880723950	LIQUIDACIÓN POR CUENTA Y ORDEN	1	18616,24	18616,24

INFORME DE AJUSTE RENTABILIDAD A REALIZAR				
Farmacia:				
Periodo	Convenio	Plan	Nota Debito	Nota Crédito
01/08/2021	Prevención Salud	Leches con Provisión		\$ 3723,24
Total Farmacia:				\$ 3723,24

MODELO FACTURA DE LECHEs

(19/11/2024)

CÓDIGO	MOTIVO DÉBITO	REPRESENTABLE
1	CAMBIO DE TINTA Y/O ENMIENDA NO SALVADA	SI
2	DATOS ILEGIBLES DE QUIEN RETIRA	SI
6	FALTA CONFORMIDAD DE QUIEN RETIRA LOS MEDICAMENTOS	SI
7	FALTA DOCUMENTACION RESPALDATORIA - Receta o Formulario PMO	SI
8	FALTA FECHA DE EMISION	SI
8	FALTAN DATOS DEL AFILIADO	SI
8	FALTA OBRA SOCIAL	SI
12	FALTA SELLO DE FARMACIA/ SELLO ILEGIBLE	SI
15	FALTA TROQUEL	SI
16	FECHA DE EMISION ERRONEA/INCOMPLETA/POSTERIOR A LA AUTORIZACIÓN	SI
16	RECETA VENCIDA	SI
16	FECHA DE VENTA ANTERIOR A FECHA DE EMISION	SI
22	NO INDICA TRATAMIENTO PROLONGADO	SI
23	PRINCIPIO ACTIVO INCOMPLETO	SI
24	NO SALVA N° AFILIADO	SI
25	NO SE ACEPTA PRESCRIPCION POR NOMBRE COMERCIAL	SI
25	NO SE RESPETA PRESCRIPCION DE ENTREGA MÍNIMA DEL MEDICAMENTO	SI
30	RETIRA EMPLEADO/A	SI
36	FALTA TICKET VALIDADOR	SI
46	FALTA SELLO DEL PROFESIONAL/ DATOS ILEGIBLES DEL PROFESIONAL	SI
50	NO CORRESPONDE PLAN DE VALIDACIÓN	SI
8	FALTA PRINCIPIO ACTIVO	NO
15	TROQUEL INSTITUCIONAL /TROQUEL PROMOCIONAL	NO
23	NO RESPETA PRINCIPIO ACTIVO	NO
24	N° AFILIADO ERRONEO	NO
29	RECETA NO PERTENECIENTE AL PERIODO A LIQUIDAR >120	NO
45	NO SE ENTREGA CANTIDAD AUTORIZADA	NO
51	PORCENTAJE COBERTURA ERRÓNEO	NO