

(26/12/2024)

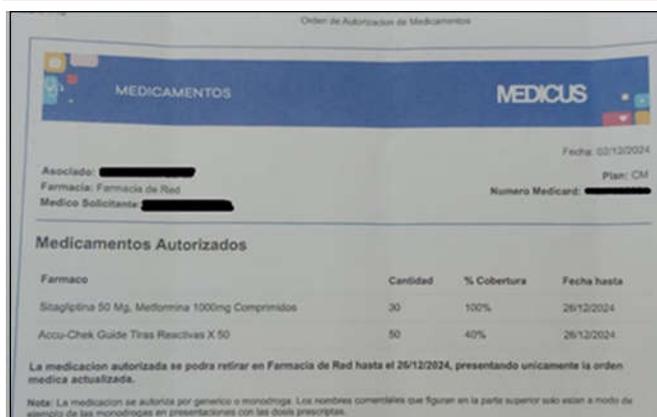
PLANES Y DESCUENTOS				
	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Rec. FT / M Fco (9)	Val ON LINE
Plan Azul, Galicia Azul, Azul Peugeot	40%	60%	FT (4)	SI
Plan Blanco-Celeste, Plan Celeste, Galicia Celeste Plan Met Rosario Plan Mirot Plan Osadra Arbitrar Plan Centros Medicus	40%	60%	FT (5)	SI
Galicia Azul (incluye modulo vacunas), Plan Blanco-Celeste Modulo Vacunas, Galicia Celeste (incluye modulo vacunas), Plan Corporate - Family Care - MC / Modulo Vacunas, Plan Met Rosario Modulo Vacunas, Plan Mirot Modulo Vacunas	40%	60%	FT (6)	SI
Plan Azul, Azul Siemens, Galicia Azul, Galicia Azul Inc Modulo Vacunas, Galicia Seguros Azul, Azul Pluspetrol, Asoc Escuelas Lincoln Plan Azul	50%	50%	FT (4)	SI
Plan Blanco-Celeste, Blanco-Celeste Siemens Plan Celeste, Galicia Celeste, Galicia Celeste Inc Módulo Vacunas, Galicia Seguros Celeste, Asoc Escuelas Lincoln Plan Celeste Plan Corporate - Family Care – MC, Blanco Celeste Mod Vacunas	50%	50%	FT (5)	SI
Plan Corporate Modulo Vacunas	50%	50%	FT (6)	SI
Plan Azul Ceras Johnson – Azul Peugeot Inc Modulo Vacunas	60%	40%	FT (4)	SI
Plan Blanco-Celeste Ceras Johnson Plan Blanco Peugeot, Celeste Inc Vacunas, Corporate Peugeot Inc Modulo Vacunas	60%	40%	FT (5)	SI
Plan Azul Módulo Vacunas, Azul Ford, Azul Ford FO	70%	30%	FT (4)	SI
Plan Blanco-Celeste con	70%	30%	FT (6)	SI

vacunas				
Azul Pluspetrol AP8	80%	20%	FT (4)	SI
Azul Shell Capsa	85%	15%	FT (4)	SI
Plan Materno Infantil (1-2)	100%	0%	FT (3)	SI
Autorizaciones Especiales (8)	X%	Y%	MF	SI

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- (2) En el caso de que al afiliado NO tenga credencial oficial del Plan Materno Infantil, la receta deberá contar con autorización previa de la obra social. Esta autorización solo indica que el afiliado pertenece al PMI, se debe verificar que la receta cumpla las presentes normas de trabajo.
- (3) Formulario terapéutico para el niño o para la madre embarazada.
- (4) Formulario Terapéutico del Plan Azul.
- (5) Formulario Terapéutico de todos los planes excepto el Plan Azul.
- (6) Formulario Terapéutico resto de los planes con vacunas.
- (7) Formulario Terapéutico del Plan Materno Infantil.
- (8) Con autorización previa de la Delegación Local o de Auditoría Médica, en original o fax adjunto, en donde se deberá indicar el porcentaje de cobertura sólo para productos que no están incluidos en Manual farmacéutico (ejemplo: fórmulas magistrales, pañales). Para estos casos se debe realizar una DDM. En la autorización está indicada la fecha de prescripción, la que debe coincidir con la fecha de prescripción de esa receta que se adjunta, a fin de evitar que se utilice una misma copia de autorización para recetas emitidas en distintos meses. El no cumplimiento de esto es motivo de débito.  
La autorización no requiere sello ni firma de un autorizante.

Resto de los productos autorizados les llega al afiliado una notificación, que NO ES UNA AUTORIZACIÓN, es una comunicación interna entre el afiliado y MEDICUS. La farmacia no puede recibirla como una Autorización Especial, sino que valida teniendo sólo la receta. Al validarlas deberán tomar el descuento autorizado. El modelo de notificación es similar al siguiente:

(26/12/2024)



Las autorizaciones que posean la leyenda “Centro Medicus” no deben ser dispensadas a través de la red de farmacias.

(9) Rec. F.T. / M. Fco → Significa: “Reconoce Formulario Terapéutico o Manual Farmacéutico”.

**RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL**

PRESCRIPCIÓN Por nombre	DIAGNOSTICO	RECETA	VALIDEZ REC.	TROQUEL	FIRMA Y ACLARACION DEL MEDICO
COMERCIAL	NO	PARTICULAR o ELECTRÓNICA(A-B-C-D-E)	30 días	SI (F)	Sello: SI Manuscrito: NO

- A) Convencional con membrete impreso o sello identificatorio en caso de Centros de Atención, Instituciones, Emergencias, Sanatorios u Hospitales. No se aceptarán recetarios que contengan publicidad médica o farmacológica (salvo de Hospitales Públicos).
- B) Se aceptarán recetarios preimpresos por computadora y con sello y firma que puede ser en original o electrónica.
- C) Receta Electrónica generada por el médico y enviada al afiliado por un medio digital:
  - C-1) El afiliado puede llevar la receta impresa o presentarla en el teléfono.
  - C-2) Estas recetas cuentan con un Número de Receta Electrónica que las identifica. El mismo figura en un código de barras.
  - C-3) Todas las recetas electrónicas deben validarse a través del sistema de validación

on line, SIN EXCEPCIÓN, y es indispensable cargar en el sistema el número de receta correspondiente.

C-4) De no contar con la impresión de la receta, se deberá presentar para la liquidación la copia del ticket fiscal o comprobante de venta junto con los troqueles adheridos al mismo. En este caso en el ticket debe figurar el número de receta electrónica impreso o colocado en forma manuscrita por la farmacia, SIN EXCEPCIÓN, los productos dispensados, los importes totales, el porcentaje de cobertura, firma, aclaración y DNI de quien retira.

- D) Los datos manuscritos por el profesional deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma. La receta deberá contener:
  - D-1) Denominación de la entidad
  - D-2) Nombre del profesional o institución
  - D-3) Nombre, Apellido del afiliado y Número de afiliación
  - D-4) Fecha de emisión de la receta.
  - D-5) Detalle de los medicamentos
  - D-6) Cantidades de los medicamentos en números y letras
  - D-7) Leyenda *Tratamiento Prolongado*, si corresponde (excepto planes Azules).
- E) 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 deberá usar en este caso papel químico por triplicado a los efectos de cumplimentar este requisito.
 

Las farmacias que oportunamente presentaron una nota manifestando que 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.
- F) Pegar con adhesivo o cinta adhesiva transparente (No abrochar) el troquel con su código identificatorio de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los medicamentos dispensados en el mismo orden en que

(26/12/2024)

fueron prescriptos. Si el medicamento no tuviera troquel, se deberá colocar la sigla "S/T".

**MEDICAMENTOS POR RECETAS**

PLANES (a)	PLANES AZUL	RESTO DE LOS PLANES
MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	Lo Prescripto	3

a) NO se cuentan repetidos.

**UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO**

TAMAÑO (a-b-c)	CANT. PLANES AZUL	CANT RESTO DE LOS PLANES
CHICO o UNICO	Lo Prescripto	2
SUBSIGUIENTE AL CHICO	Lo Prescripto	2
GRANDE (3° TAMAÑO o más)	Lo Prescripto	2
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	Lo Prescripto	6
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	Lo Prescripto	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) Excepto Plan Azul, debe llevar la leyenda: "TRATAMIENTO PROLONGADO", de puño y letra del médico, cuando se prescriban dos (2) unidades por medicamento de tamaño chico o uno (1) de tamaño subsiguiente al chico o grande. No se acepta la abreviatura: "T.P."

**PRODUCTOS NO RECONOCIDOS**

a) Medicamentos excluidos de los listados de productos reconocidos.

**PRODUCTOS RECONOCIDOS**

- a) En Plan Materno Infantil, medicamentos incluidos en el Listado de Productos Reconocidos para la madre embarazada o para el niño, 100% a cargo de la obra social. Si un medicamento no esta incluido en este listado, y sí lo está en el vademécum del plan de origen del afiliado, llevará cobertura común.
- b) En el resto de los planes, medicamentos incluidos en los respectivos vademécums.
- c) Medicamentos autorizados por auditoría médica de Medicus.
- d) Vacunas:

Vacunas cubiertas por PMO

Se establece el 100 % de cobertura, según parámetros de edad de Calendario Oficial de Vacunas (Ver adjunto)

Excepciones:

- Cobertura al 100% en embarazadas: 1 dosis de Antitetánica y 1 dosis de Doble adultos, en el 5° y 7° mes respectivamente.-
- Cobertura Antineumocócica: se cubre al 100% únicamente SYNFLORIX.
- Prevenar 13 tiene 70% de desc. sobre el Valor del Manual Farmacéutico.
- Cobertura HPV: se cubre al 100% según parámetros de calendario a los 11 años.-
- En aquellos casos que el asociado se encuentre fuera del parámetro de edad, deberá abonar la vacuna con el 40% de descuento.-

Vacunas NO cubiertas por PMO

Se establece un 40% de cobertura, según el esquema que su Pediatra le indique y el asociado abona la diferencia.

Cobertura especial Empresas:

- Corporate 250 (Empleados de Medicus), cobertura del 50% S/Valor Manual Farmacéutico en vacunas no cubiertas.-
- Peugeot (Empresa 30183, Plan MZ\_10120), cobertura del 60% S/Valor Manual Farmacéutico en vacunas no cubiertas.-
- Shell (Plan A6 2898 – T45130), cobertura del 85% S/Valor Manual Farmacéutico en vacunas no cubiertas.-
- Telefónica, cobertura del 70% S/Valor Manual Farmacéutico en vacunas no cubiertas.-
- Telered, cobertura del 80% S/Valor Manual Farmacéutico en vacunas no cubiertas.-
- Toyota (Empresa 690/3 y 124/0), cobertura del 50% S/Valor Manual Farmacéutico en vacunas no cubiertas.-

d-1 Vacunas reconocidas Plan Azul:

Producto	Presentación
ACT HIB	jga.prell.x 1
ACTACEL	vial x 1 dosis x 0.5 ml
AG-B 10 UNIJECT	10mcg jga.prell.x1x0.5ml
AG-B 20 UNIJECT	20mcg jga.prell.x1 x 1ml
AVAXIM	jga.prell.x 0.5 ml
AVAXIM 80 U PEDIATRICO	jga.prell.x 0.5 ml

(26/12/2024)

B.C.G.	f.a.x 10 dosis+solv.
BERIGRIPINA	jga.prell.x 0.5 ml
BIOVAC HB	10 mcg f.a.x 0.5 ml
BIOVAC HB	20 mcg f.a.x 1 ml
BUSTRIX	jeringa prellenada
DT VAX	jga.prell.x 0.5 ml
ENGERIX-B	jga.prell.x 1 ml
ENGERIX-B PEDIATRICO	jga.prell.x 0.5 ml
EVAGRIP	iny.a.x 1
FLUAD	iny.jga.prell.x 0.5 ml
FLUARIX	jga.prell.x 0.5 ml
GADOGRIP	Cepa2006 jga.prell.xlds.
GAMMA ANTITETANICA UNC	250 UI f.a.x 1
GAMMA ANTITETANICA UNC	500 UI f.a.x 1
GAMMA ANTITETANICA UNC PLUS	250 UI f.a.x 1
GAMMA ANTITETANICA UNC PLUS	500 UI f.a.x 1
GAMMAGLOBULINA HUMANA ANTITETA	250UI liof.f.a.+dis.x2ml
GAMMAGLOBULINA HUMANA ANTITETA	500UI liof.f.a.+dis.x2ml
GAMMATET T	250 UI iny.f.a.x 1+jga.
GAMMATET T	500 UI iny.f.a.x 1+jga.
HAVRIX 1440 EL.U. ADULTOS	jga.prell.x 1
HAVRIX 720 EL.U. MONO DOSIS	jga.prell.x 1
HB VAX II	10 mcg IM f.a.x 1 x 1 ml
HB VAX II PEDIATRICA	5 mcg IM f.a.x 1 x 0.5ml
HB VAX PRO	10 mcg IM f.a.x 1 x 1 ml
HB VAX PRO	40 mcg IM f.a.x 1 x 1 ml
HB VAX PRO	5 mcg IM f.a.x 1 x 0.5ml
HEPATIVAX	f.a.x 1 x 1 ml
HEPATIVAX JUNIOR	f.a.x 1 x 0.5 ml
HEXAVAC	jga.prell.x0.5ml c/aguja
IMOVAX DT ADULTOS	jga.prell.x 0.5 ml
IMOVAX GRIPE	jga.prell.x 0.5 ml
IMOVAX POLIO	jga.prell.x 0.5 ml
INFANRIX HEXA	pvo.liof.+susp.iny.
INFLEXAL V	jga.prell.x 0.5 ml
INFLUVAC	jga.prell.x 0.5 ml
ISIFLU ZONALE S.U.	jga.prell.x 1
ISTIVAC	jga.prell.x 1 x 0.5 ml
ISTIVAC JUNIOR	Ped.jga.prell.x 0.25 ml
IT	SD-T 250 UI iny.a.x 1
IT	SD-T 500 UI iny.a.x 1
LIRUGEN	liof.f.a.+jga.pre.x0.5ml
MENJUGATE	liof.f.a.x 1+solv.x0.5ml
MMR II	iny.liof.f.a.x 1+jga.
NEISVAC-C	jga.x 1 x 0.5 ml
NILGRIP	jga.prell.x 0.5 ml
PENTAXIM	fco.+jga.prell.x 0.5 ml
PNEUMO 23 VACUNA ANTINEUMOCOCC	jga.prell.x 0.5 ml
PNEUMOVAX 23	vial monodosis x 0.5 ml
POLIACEL	f.a.x 1+a.x 1 x 0.5 ml
PREVENAR	f.a.x 0.5 ml
PROTE NEU	liof.f.a.x 1+a.solv.x 1
RIBOVAC	iny.a.x 1

RIBOVAC	iny.a.x 3
RUDIVAX	liof.f.+jga.prell.x0.5ml
STAVACIN	iny.a.x 10 x 1 ml
TETABULIN S/D	250 UI jga.prell.x 1
TETABULIN S/D	500 UI jga.prell.x 1
TETABULIN T	250 UI f.a.
TETABULIN T	500 UI f.a.
TETANOL	a.x 0.5 ml+jga.desc.
TETAVAX	jga.prell.x 0.5 ml
TETAVENIN	5000 UI liof.f.a.+solv.
TOXOTET	a.x 1
TRIACEL	f.a.x 1 x 0.5 ml
TRIMOVAX	f.a.monodosis x 10
TRIMOVAX	jga.prell.x 1
TRITANRIX-HB HIB	pvo.liof.+f.a.x 1
TWINRIX	Ad.jga.prell.x 1
TWINRIX	Ped.jga.prell.x 1
TYPHIM VI	jga.prell.x 0.5 ml
VACUNA ANTIGRIPAL CONNAUGHT	jga.prell.x 0.5 ml
VACUNA ANTIHEPATITIS B AGB	10 mcg Pediát.f.a.x 1 ml
VACUNA ANTIHEPATITIS B AGB	20 mcg Adulto f.a.x 1 ml
VACUNA ANTIMENINGOCOCCICA A+C	liof.f.a.+jga.solv.
VACUNA ANTIPIOGENA POLIVALENTE	iny.a.x 10 x 1 ml
VACUNA ANTIPIOGENA POLIVALENTE	iny.a.x 2 x 1 ml
VACUNA ANTIRRABICA HUMANA	liof.f.a.+jga.solv.
VACUNA ANTITETANICA BIOL	a.x 1 x 0.5ml c/jga.+ag.
VACUNA ANTITETANICA IMMUNO	a.x 0.5 ml
VACUNA ANTITETANICA PURISSIMUS	iny.a.x 1 x 0.5 ml
VACUNA DOBLE ADULTOS BIOL	a.x 1 x 0.5ml c/jga.+ag.
VACUNA DOBLE NIÑOS BIOL	a.x 1 x 0.5ml c/jga.+ag.
VACUNA LIOFILIZADA CASASCO	Broncopulm.a.ser.x 5
VACUNA LIOFILIZADA CASASCO	Broncopulm.f.a.x 10 ml
VACUNA LIOFILIZADA CASASCO	Piodermis f.a.x 10 ml
VACUNA TRIPLE BIOL	a.x 1 x 0.5ml c/jga.+ag.
VACUNA TRIPLE PURISSIMUS	iny.a.x 1 x 0.5 ml
VA-MENGOC-BC	iny.a.x 0.5 ml
VAQTA 25	iny.f.a.x 1 x 0.5 ml
VAQTA 50	iny.f.a.x 1 x 1 ml
VARICELA BIKEN	f.a.x 1 x 0.5 ml
VARILRIX	f.a.+jga.prell.
VAXIGRIP	jga.prell.x 0.5 ml
VIROHEP-A	jga.prell.x 0.5 ml

d-2 Vacunas reconocidas en planes distintos al Azul:

(26/12/2024)

Cubre a	Producto	Presentación
HIJO	ACTACEL	vial x 1 dosis x 0.5 ml
HIJO	AG-B 10 UNIJECT	10mcg jga.prell.x1x0.5ml
HIJO	AG-B 20 UNIJECT	20mcg jga.prell.x1 x 1ml
HIJO	B.C.G.	f.a.x 10 dosis+solv.
HIJO	BIOVAC HB	10 mcg f.a.x 0.5 ml
HIJO	BIOVAC HB	20 mcg f.a.x 1 ml
HIJO	ENGERIX-B	jga.prell.x 1 ml
HIJO	ENGERIX-B PEDIATRICO	jga.prell.x 0.5 ml
HIJO	HB VAX II	10 mcg IM f.a.x 1 x 1 ml
HIJO	HB VAX II PEDIATRICA	5 mcg IM f.a.x 1 x 0.5ml
+		
6HIJO	HB VAX PRO	10 mcg IM f.a.x 1 x 1 ml
HIJO	HB VAX PRO	40 mcg IM f.a.x 1 x 1 ml
HIJO	HB VAX PRO	5 mcg IM f.a.x 1 x 0.5ml
HIJO	HEPATIVAX	f.a.x 1 x 1 ml
HIJO	HEPATIVAX JUNIOR	f.a.x 1 x 0.5 ml
HIJO	IMOVAX POLIO	jga.prell.x 0.5 ml
HIJO	INFANRIX HEXA	pvo.liof.+susp.iny.
HIJO	MMR II	iny.liof.f.a.x 1+jga.
HIJO	PENTAXIM	fco.+jga.prell.x 0.5 ml
HIJO	POLIACEL	f.a.x 1+a.x 1 x 0.5 ml
HIJO	TETABULIN T	250 UI f.a.
HIJO	TRITANRIX-HB HIB	pvo.liof.+f.a.x 1
	VACUNA ANTIHEPATITIS B AGB	10 mcg Pediát.f.a.x 1 ml
HIJO	VACUNA ANTIHEPATITIS B AGB	20 mcg Adulto f.a.x 1 ml
HIJO	VACUNA ORAL SABIN	fco.x 10 dosis c/gotero
MADRE	BAYRHO-D	300 mcg jga.prell.x 1
MADRE	GAMMA ANTI-RHO UNC	250 mcg f.a.x 1
MADRE	GAMMA ANTI-RHO UNC	300 mcg f.a.x 1
MADRE	GAMMA ANTITETANICA UNC	250 UI f.a.x 1
MADRE	GAMMA ANTITETANICA UNC	500 UI f.a.x 1
MADRE	GAMMA ANTITETANICA UNC PLUS	250 UI f.a.x 1
MADRE	GAMMA ANTITETANICA UNC PLUS	500 UI f.a.x 1
MADRE	GAMMAGLOBULINA HUMANA ANTITETA	250UI liof.f.a.+dis.x2ml
MADRE	GAMMAGLOBULINA HUMANA ANTITETA	500UI liof.f.a.+dis.x2ml
MADRE	GAMMATET T	250 UI iny.f.a.x 1+jga.
MADRE	GAMMATET T	500 UI iny.f.a.x 1+jga.
MADRE	HEMOGAMA T	320 mg env.x 2 ml
MADRE	HEMOGAMA T	800 mg env.x 5 ml
MADRE	IGANTID	300 mcg jga.prell.x 2 ml
MADRE	IMMUNORHO	300mcg IM iny.x 1+a.x2ml
MADRE	IT	SD-T 250 UI iny.a.x 1
MADRE	IT	SD-T 500 UI iny.a.x 1
MADRE	KAMRHO D	250 mcg IM f.a.x 1x1.7ml
MADRE	KAMRHO D	300 mcg IM f.a.x 1 x 2ml
MADRE	PARTOBEN	250 mcg f.a.+jga.
MADRE	PARTOBEN	300 mcg f.a.+jga.
MADRE	PARTOBEN	330 mcg f.a.+jga.

MADRE	PARTOGAMMA SDF	250 mcg jga.prell.x 1
MADRE	PARTOGAMMA SDF	330 mcg jga.prell.x 1
MADRE	PARTOGAMMA T	250 mcg jga.prell.x 1
MADRE	PARTOGAMMA T	330 mcg jga.prell.x 1
MADRE	TETABULIN T	250 UI f.a.
MADRE	TETABULIN T	500 UI f.a.
MADRE	TETANOL	a.x 0.5 ml+jga.desc.
MADRE	TETAVAX	jga.prell.x 0.5 ml
MADRE	TETAVENIN	5000 UI liof.f.a.+solv.
MADRE	TOXOTET	a.x 1
MADRE	VACUNA ANTITETANICA BIOL	a.x 1 x 0.5ml c/jga.+ag.
MADRE	VACUNA ANTITETANICA IMMUNO	a.x 0.5 ml
MADRE	VACUNA ANTITETANICA PURISSIMUS	iny.a.x 1 x 0.5 ml
MADRE	VACUNA DOBLE ADULTOS BIOL	a.x 1 x 0.5ml c/jga.+ag.
MADRE	VIROHEP-A	jga.prell.x 0.5 ml

- e) Vacuna antimeningococcica, y HPV con autorización previa de Auditoría Médica.
- f) Vacuna Antineumocócica: Tendrá una cobertura del 50% para aquellos planes con el 40% de cobertura (En el caso de que el plan posea mayor cobertura no se aplicará el descuento)

**Afiliados de 65 años o más:** Se debe validar la receta, no requiere autorización previa.

**Afiliados menores a 65 años:** Deben poseer alguna de las siguientes patologías (\*) y deberán llevar autorización previa de MEDICUS

(\*) Residentes de geriátricos - Enfermedad pulmonar crónica incluido asma - Hepatopatía crónica - Alcoholismo - Diabetes - Insuficiencia renal crónica - Síndrome nefrótico - Fístula de líquido cefalorraquídeo - Implantes cocleares - Asplenia funcional o anatómica - Anemia drepanocítica - Infección por HIV (Se resguardará el secreto médico) - Neoplasias hematológicas - Trasplante de médula ósea - Quimioterapias - Tratamiento prolongado con corticoides - Tabaquismo.

- g) Medicamentos anticonceptivos, si el médico indica (2) cajas ó 56 comprimidos, se dispensarán 2 cajas.

**ENMIENDAS**

- a) Todas las correcciones y enmiendas en la dispensa de la receta deberán estar salvadas por el farmacéutico con su

**(26/12/2024)**

sello y firma. El afiliado deberá firmar y aclarar su firma, avalando dicha salvedad.

- b) Todas las correcciones y enmiendas hechas 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.

**AFILIACIÓN**

Se acredita con CARNET Oficial o Provisorio en vigencia y DNI.

Las credenciales que dicen S/D no tienen descuento en farmacia.

Las delegaciones de Medicus podrán autorizar a través de un empleado, errores de credencial, socios inhabilitados, fecha de vencimiento de la receta, tipo de recetario, cambio de plan de descuento.

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

En la receta debe figurar Nombre, Apellido y número de afiliado completo (11 dígitos).

Si fuera ilegible, poco claro, incompleto o faltase, el farmacéutico colocará en la receta los datos correctos que obren en el carnet o credencial del afiliado y este deberá firmar nuevamente de conformidad.

**PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN**

La facturación debe hacerse separada por porcentaje de cobertura, a saber:

- a) Plan Azul, Galicia Azul, Azul Peugeot Plan Blanco-Celeste, Plan Celeste, Galicia Celeste, Plan Met Rosario, Plan Mirot, Plan Osadra Arbitrar, Plan Centros Medicus y los Modulos de Vacunas de los Planes correspondientes.
- b) Plan Azul, Azul Siemens, Galicia Azul, Azul Pluspetrol, Asoc Escuelas Lincoln Plan Azul, Plan Blanco-Celeste, Plan Blanco-Celeste Siemens, Plan Celeste, Plan Galicia Celeste, Asoc Escuelas Lincoln Plan Celeste, Plan Corporate - Family Care – MC y los Modulos de Vacunas de los Planes correspondientes.
- c) Plan Materno Infantil.
- d) Descuentos Especiales.
- e) Refacturadas

Recuerde que una receta se considera validada por el sistema de validación cuando, además de haber sido aprobada en línea, la misma se incluya en el cierre de lote y cierre de presentación correspondiente. En este cierre de presentación se deberán incluir tanto las recetas validadas y aprobadas en línea como las informadas en la DDM (Declaración de Dispensa Manual).

**Refacturadas:** Deberán presentarse las recetas a refacturar separadas de la presentación del mes en curso.

Para refacturar una receta se deberá contar con autorización de la entidad (la cual debe adjuntarse a la receta) o con indicación de Farmalink, gestionados cualquiera de las dos por Colegio.

La receta a refacturar deberá cargarse como Declaración de Dispensa Manual (DDM), para lo cual deberá tener en cuenta lo siguiente:

- Se deberá respetar las fechas de prescripción y de venta de la receta original.
- Si el rechazo fue de la receta en su totalidad, deberá cargar la receta entera con los mismos importes y porcentaje de cobertura informados en la presentación original.
- Si el rechazo fue parcial (un solo Rp) deberá cargar únicamente el producto debitado con el mismo importe y porcentaje de cobertura originales.
- Indicar (tildar) en la DDM que se cargará una receta refacturada en el campo "Refacturación".

**PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS**

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

(26/12/2024)

MODELOS DE CREDENCIALES VIGENTES



AZUL



AZUL PEUGEOT



AZUL FORD



AZUL SIEMENS



GALICIA AZUL



Plan Family - One



Plan CONECTA



CORPORATE



FAMILY CARE



BLANCA



CELESTE



GALICIA CELESTE



Plan Integra 2



MIROT



OSADRA ARBITRAR



MC



MET



PLAN MUJER



PROVISORIA  
CORPORATE CLS