

01/04/2025

**PLANES Y DESCUENTOS**

	a/c Obra Social	a/c Benef i- ciario	Rec. FT / M. Fco (6)	Valida ON LINE
Plan Azul, Verde, Blanco, M40, M40 APS, 30, MF101, 21GR1, 31, 35, 910, 31I, 31C, 31 IC, 35GR Plan Oro, Plata, Bronce, Titanio, Cobre, Niquel, Platinum (7)	40%	60%	FT (2)	SI
	70%	30%	(4)	
Finexcor Ambulatorio	60%	40%	FT (2)(4)	SI
Finexcor PMI	100%	0%	FT (3)	SI
Plan Medife AC Concer (7)	50%	50%	FT (2)(4)	SI
Plan Medifé Fiat (7)	75%	25%	FT (2)(4)	SI
Plan Materno Infantil (1-7)	100%	0%	FT (3)	SI
Autorizaciones Especiales (5)	X%	Y%	M.Fco (6)	NO

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- (2) Formulario Terapéutico MEDIFE Ambulatorio.
- (3) Formulario Terapéutico MEDIFE Plan Materno Infantil.
- (4) Formulario Terapéutico MEDIFE Crónicos.
- (5) Con autorización previa de la obra social (\*). Ver modelo de Autorización aparte. Ver Listado de Autorizantes. Esta excepción no rige para recetas de anticonceptivos, ya que las mismas se expendrán exclusivamente contra validación on line.  
(\* **NOTA IMPORTANTE** Las recetas de este plan deben informarse como Declaración de Dispensa Manual, a través de la página [www.imed.com.ar](http://www.imed.com.ar). Se debe realizar un cierre de Lote Manual y luego un cierre de presentación que incluya los lotes manuales y on line.
- (6) Rec. F.T. / M. Fco → Significa :“Reconoce Formulario Terapéutico o Manual Farmacéutico”
- (7) En el caso en que se tenga una receta mixta, es decir con medicamentos para dos planes distintos, por ejemplo diabéticos y ambulatorios, se deberán validar por separado los medicamentos de ambos planes como si estuviesen en dos recetas separadas.

**CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRI PAL 2025**

Se estará llevando a cabo entre el 01/04/2025 y el 31/08/2025.

Los criterios de cobertura según grupos de riesgo serán:

	Afiliado en grupo de riesgo (Anexo 1)
% cobertura	100%
Receta: no se requiere	Los niños menores de 2 años, los adultos de 65 o más años y personas que se encuentren empadronadas en la campaña bajo el código G (ATG) NO requerirán receta
Autorización médica	No se requiere autorización
Aplicación de la vacuna	En farmacias podría cobrarse la aplicación
Requisitos	Credencial y documento que acredite identidad

- Afiliados entre los 2 y 64 años que NO pertenecen a grupos de riesgo: porcentaje de descuento según plan. No requieren receta, se deberá efectuar la validación on line. Para validar ingresar como MN del prescriptor el 11111111.
- Presentar para la facturación el ticket de validación (con firma, aclaración +DNI del afiliado) mas el ticket de fiscal.

**Grupos de riesgo con cobertura del 100%:**

1. Bebés y niños pequeños: entre 6 y 24 meses.
2. Personas mayores: a partir de los 65 años.
3. Embarazadas: en cualquier momento de la gestación.
4. Púerperas: hasta 10 días después del parto.
5. Pacientes con enfermedades crónicas o inmunodepresión, como:
  - o VIH (B24)
  - o Enfermedades oncohematológicas (ej.leucemias), en tratamiento
  - o Tratamientos inmunosupresores (ej. quimioterapia, trasplantes)
  - o Enfermedades respiratorias crónicas (EPOC, asma severa)
  - o Diabetes
  - o Insuficiencia renal crónica
  - o Enfermedades cardíacas

**RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL**

PRESCRIPCIÓN Por nombre	DIAGNOSTICO	RECETA	VALIDACIÓN - DEZ REC.	TROQUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
COMERCIAL o GENERICO	NO	OFICIAL - PARTI- CULAR o ELECTRÓN ICA (A-C-D-E- F-G)	90 días	SI (B)	Sello: SI Manuscrito: NO

- A) La prescripción del PMI puede realizarse en recetario oficial o particular.
- B) No se aceptarán troqueles cortados, deteriorados o ilegibles. Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T. Añadirlos a la receta con adhesivo (no abrochar).

01/04/2025

- 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).
- D) Excepto en el caso del Plan MF101, en el que los recetarios particulares deben estar autorizados.
- E) No se aceptarán recetarios con publicidades, salvo que provengan de Hospitales Públicos y cuenten con el sello correspondiente. No se aceptarán fotocopias de recetas. Se aceptarán recetarios preimpresos por computadora siempre y cuando el sello y firma del profesional prescriptor sea en original.
- F) La receta particular tendrá membrete preimpreso o sello identificatorio en caso de Centros de Atención, Instituciones, Emergencias, Sanatorios u Hospitales y deberá contener de puño y letra del médico y con la misma tinta :
  - F-1) Denominación de la entidad (En caso de recetarios particulares)
  - F-2) Nombre del profesional o Institución.
  - F-3) Nombre, apellido del afiliado y número de afiliación.
  - F-4) Fecha de emisión de la receta.
  - F-5) Prescripción de los medicamentos (cantidades en número y letras)
  - F-6) Leyenda "Tratamiento prolongado" si corresponde.
- G) Receta Electrónica generada por el médico y enviada al afiliado por un medio electrónico:
  - G-1) El afiliado puede llevar la receta impresa o presentarla en el teléfono.
  - G-2) Estas recetas cuentan con un Número de Receta Electrónica o ID que las identifica. El mismo figura en un código de barras.
  - G-3) Deben validarse on line, SIN EXCEPCIÓN, y es indispensable cargar en el sistema el número de receta correspondiente

**MEDICAMENTOS POR RECETAS**

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

- a) A excepción de los planes Insulinas- Material descartable e Hipoglucemiantes Orales- Tiras y Lancetas donde, previa validación on line, se podrá dispensar las cantidades prescriptas por el médico.

**UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO**

TAMAÑO (a)	CANTIDAD
CHICO o UNICO (b)	1

SUBSIGUIENTE AL CHICO (b)	1
GRANDE (3º TAMAÑO o más) (b) (c)	1
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	6
ANTIBIOTICOS INY MULTIDOSIS	1

- a) En una misma receta NO pueden coexistir dos medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.
- b) Si el médico indica Tratamiento Prolongado, se podrán entregar hasta 2 envases por Rp.
- c) Si especifica tamaño "grande", se deberá entregar la presentación siguiente a la de menor tamaño.

**PRODUCTOS NO RECONOCIDOS**

- a) Medicamentos excluidos de los respectivos vademecum.

**PRODUCTOS RECONOCIDOS**

- a) Medicamentos incluidos en los respectivos vademécum.
- b) Anticonceptivos, únicamente con validación On Line previa. No se reconocerán si se encuentran autorizados y no se validan on line.
- c) Productos autorizados por Auditoría Médica. Adjuntar autorización a la receta o ticket. Ver Listado de Autorizantes.

**LEY DE GENÉRICOS**

Se aplica conforme a la legislación vigente:

- a) Si se prescribe por nombre genérico (monodroga) se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescripta, en la concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada y que figure en el respectivo vademecum.
- b) Si se prescribe por nombre comercial, se permite el reemplazo por otros nombres comerciales que figure en el respectivo vademécum, siempre que tengan igual: Monodroga, concentración, forma farmacéutica, cantidad y menor precio que el prescrito.

**ENMIENDAS**

- a) Todas las enmiendas que se hagan en el sector de la receta destinado a la farmacia, deberán ser salvadas por el profesional farmacéutico 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

01/04/2025

agregados con distinta lapicera, sino están salvados expresamente por el profesional prescribiente.

No se aceptarán enmiendas escritas sobre corrector líquido.

**AFILIACIÓN**

Se acredita con CREDENCIAL de afiliación en vigencia (física o electrónica) y documento de identidad.

En el Plan Materno Infantil, se acredita con credencial oficial del Plan.

**FACTURACIÓN**

En el caso de Recetas manuscritas en original: Se deberá presentar la receta original.

En el caso de Recetas electrónicas, de no contar con la impresión de la receta, se deberá presentar la copia del ticket fiscal o comprobante de venta, y ticket de validación con los troqueles y/o códigos de barras adheridos al mismo. En el ticket deberán figurar:

- N° de receta electrónica. (Este dato deberá figurar impreso o de forma manuscrita por la farmacia, SIN EXCEPCIÓN)
- N° de afiliado.
- Descripción de los productos dispensados (marca comercial, cantidad de unidades, porcentaje de cobertura a cargo del afiliado y de la entidad, importes unitarios y totales).
- Fecha de dispensa.
- Firma, DNI y aclaración del afiliado o tercero interviniente.
- Sello y firma del director técnico de la farmacia.
- Troqueles y/o códigos de barras de los productos dispensados.

**PRESENTACIÓN DE LA FACTURACION**

Las recetas se presentarán separadas por porcentaje de cobertura.

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).

Se hace agrupando las recetas por:

A) PLAN GENERAL ON LINE

B) PLAN GENERAL MANUAL (DDM)

C) REFACTURADAS

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.

Si son recetas refacturadas, el plazo para presentar es de 30 días.

**AUTORIZACIONES POR PARTE DE LA OBRA SOCIAL**

Las autorizaciones de excepción podrán ser hechas solo por alguna de las siguientes personas:

Dra. Barini, Gisela	MN 185453
Dra. Rivas, Eugenia Soledad	MN 141964
Dra. Scilingo, Mercedes	MN 140611
Dra. Sieza, Yamila	MP 114801
Dr. Esteban Unterberger	MN 97613

01/04/2025

## MODELO DE CREDENCIALES VIGENTES

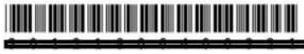


## MODELO DE RECETAS ELECTRÓNICAS

**Medifé CAM DOCTOR**

Ya sea de forma digital o impresa, con esta orden podés adquirir tu medicación en cualquier farmacia adherida a la Red Medifé.

Receta Número:   
9 8 0 0 0 0 0 0 1 2 7 1

Afiliado Número: 

Fecha de prescripción: 15/10/2018

Datos del paciente:  
 Nombre:   
 Obra social: MEDIFE  
 Nro afiliado:   
 Plan: PLATA

Medicamentos:  
 • Befol flex (biotenk) - diclofenac+pridinol - comp.rec.x 10 | Cantidad de envases: 1 | Indicaciones: indicaciones

Diagnóstico:  
 diagn

Médico:  
 Medico Medife  
 Matrícula: MN 123123

**Medifé**

No. de Receta: 9036570975975 Fecha: 27/04/2020

  
9036570975975

  
1 

Dra. Matrícula: Nacional  
 MEDIFE  
 Alberdi 3541 Ciudad Autónoma de Bs. As.

PACIENTE:  
 Obra social: Medife No. Afiliado:  Plan:

MEDICAMENTOS  
**KALA**  
 comp.rec.x 20  
 (aspirina + etilefrina)  
 Envases: 3 (Tee)  
 T. Prolongado.

DIAGNÓSTICO:  
 ASISTENCIA PARA LA ANTI-CONCEPCION, NO ESPECIFICADA

01/04/2025

**TELECONSULTA FINOCHIETTO** **RECETA DE EMERGENCIA COVID-19**

Con esta receta (digital o impresa) podés adquirir tu medicación en cualquier farmacia adherida al sistema de validación de Receta Digital.

Receta Número:   
9 9 0 0 0 0 0 0 0 1 4 7 6

Afiliado Número: 

**CODIGO DE ATENCION: 1404713**

Fecha: 20/01/2023

Data del paciente: 

Financiador: MEDIFE  
Rta. afiliado: 

**Medicamentos:**

- Levetiracetam gik (glaxosmithkline) - levetiracetam (80mg) - 80 mg comp x 50 (Cantidad de empaques: 2) (Indicaciones: 1 por día (Tratamiento Prolongado))

**Diagnóstico:**  
hipertensión, tratamiento prolongado

**Profesional:**  
Jasaeline Castillo  
Matrícula: MN 233168  
ENDOCRINOLOGA

**Uma**  
**Receta Médica**

Nombre completo: XXXX XXXXXX  
Diagnóstico: CARV Elevación de la presión arterial (I24)  
Fecha de prescripción: 2024-07-22  
Obra Social: MEDIFE (Financiador receta)  
Número de afiliado: XXXXXXXXXX

Cantidad	Producto	Presentación	Drugs
1	Levetiracetam	80 mg comprimidos	Levetiracetam (80 mg)
1	Levetiracetam	80 mg comprimidos	Levetiracetam (80 mg)

Número de receta:   
9200721036028

Número de afiliado: 

Médico: ELZNA MARIA ZEVALLLOS PASTORINI  
Matrícula número: 82260



Contacto: info@uma-health.com - 0800-888-3637  
Dirección: Melián 2752

RECETA DE EMERGENCIA COVID-19

## MODELO FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

**Medifé** Número:  
Fecha:

**Orden de autorización**

Apellido y nombre	Credencial	Documento	Edad	Sexo	
Plan	Empresa	CUIT	Categoría	Fecha ingreso	
Obra Social	Matrícula del profesional	Nombre del profesional			
Prestación	Descripción			Estado	Cantidad
Medicamento			Estado	Cantidad	% Cob
Observaciones					
Diagnóstico					

**AUTORIZADO**  
**MEDIFE**

PRESTADOR CONVENIDO SEGÚN  
CARTILLA DEL PLAN ADJUNTAR AL  
ORIGINAL PARA SU FACTURACION

Gerencia de Prestaciones Médicas Medifé

ROOT ROOT (LIFSUMT)  
Medifé

Observaciones de Auditoría