

## NORMA OPERATIVA FARMACIAS

### 1 AMBITO DE APLICACIÓN

Todo el País

### 2 DESCUENTOS

#### PLAN A



#### A cargo del beneficiario

La diferencia del PVP según respuesta del sistema validador.

#### A cargo de la entidad

40% - 50% y hasta 70% (según banda terapéutica).

#### PLAN J



La diferencia del PVP según respuesta del sistema validador.

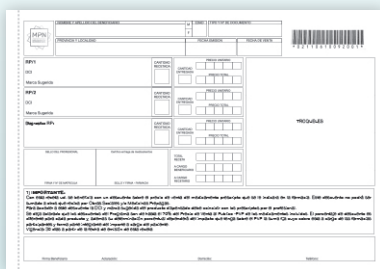
40% - 50% y hasta 70% (según banda terapéutica).

Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor vigente al día del expendio e informados por el validado on-line.

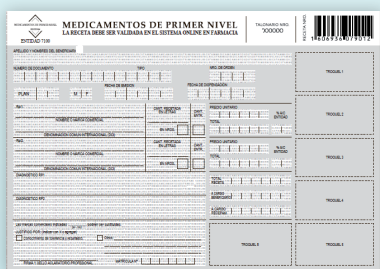
### 3 REQUISITOS DE LA RECETA > SON VÁLIDOS PARA TODOS LOS PLANES

#### Tipo de Recetario:

#### RECETARIOS MPN



(Anexo 1)



(Anexo 2)

#### RECETAS DIGITALES

#### Medicamentos Primer Nivel

#### Prescripción

Fecha Receta: 18/08/2020

Afiliado: SANTIAGO

D.N.I.: 34682674

Diagnóstico:

T.Prolongado: No

Plan: PLAN A

#### Productos

1. AMOXIDAL DUO amoxicilina

comp.x 14 Roemmers

Cantidad: 1

Cobertura: 44.43%

#### Recetario:



2023146800559

Médico: MEDICO, PRUEBA

Matricula: MN 859

Validación Digital:



(Anexo 3)

#### RECETA BLANCA

#### Nombre del médico

R.p.

MPN Carmen Castaña 5.1 DNI:97

Amoxidal 500mg. (comp.x16)

(Amoxicilina)

1 env.

Firma y sello  
Fecha

(Anexo 4)

#### IMPORTANTE:

- Se aceptará todo tipo de recetario, siempre y cuando contenga los datos indicados en el apartado siguiente, "Datos contenidos en la receta". En estos casos se tendrá como válido el uso de sellos gomígrafos para indicar la denominación de la entidad, en caso de tratarse de hospitales públicos, centros de salud o similares.
- A partir de la fecha de vigencia se aceptan recetas "blancas". La receta debe contener el encabezado MPN o Medicamentos de Primer Nivel. El mismo debe ser escrito a mano por el médico, no se aceptan recetarios de este tipo pre impresos.
- En el caso de las recetas digitales los afiliados pueden presentar tanto una copia digital de la misma como el número de recetario digital.

#### Datos contenidos en la receta:

Los datos manuscritos por el profesional deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma.

- Denominación de la entidad.
- Nombre del profesional o institución.
- Nombre y apellido del beneficiario.
- Fecha de emisión de la receta.
- Firma y sello aclaratorio del profesional.
- Detalle de los medicamentos.
- Cantidades de los medicamentos prescritos y entregados.

### 3 REQUISITOS DE LA RECETA > SON VÁLIDOS PARA TODOS LOS PLANES

Validez:

#### a PARA LA VENTA

30 (treinta) días a partir de la fecha de emisión e incluyendo la misma.

#### b PARA LA PRESENTACIÓN

45 (cuarenta y cinco) días posteriores a la liquidación.

#### c PARA LA REFACTURACIÓN

30 (treinta) días corridos a partir de haber recibido la liquidación.

Cantidad máx. de Medicamentos y de envases por receta:

Tratamiento Normal: Hasta 2 (dos) medicamentos distintos por receta y hasta 2 (dos) envases por renglón.

Antibióticos inyectables:

Monodosis: hasta 5 (cinco) ampollas individuales por receta.

Psicofármacos

*No se aceptan fotocopias de recetas.*

Lista II (receta oficial):

Receta de Salud Pública

Receta adjunta de la institución.

Lista III y IV (receta archivada):

Receta oficial por duplicado, con sello y firma del médico, aún estando el sello impreso.

### 4 REQUISITOS DEL BENEFICIARIO

Deberá presentar:

#### PLAN A



- Documento de Identidad (DNI).

#### PLAN J



- Documento de Identidad (DNI).
- Ser mayor de 60 años en el caso de las mujeres y 65 años en el de caso de los hombres.

**Importante:** Para acceder al descuento, la DCI y marca sugerida del producto dispensado debe coincidir con los prescritos por el profesional.

### 5 REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO

La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:

- Pegar con adhesivo o con cinta adhesiva transparente (no abrochar) el troquel con su código de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescritos.
- Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T.
- Firma, aclaración y datos de quien retira la medicación.
- Sello de la farmacia y firma del farmacéutico.
- Deberá verificar que el beneficiario haya prestado su consentimiento firmado para el uso de los datos personales.
- En el caso de las recetas digitales adjuntar los troqueles al ticket fiscal indicando el número de receta o en su defecto la impresión de la validación.

#### COMPROBANTE DE VENTA

La farmacia deberá adjuntar a cada receta, copia del comprobante de venta fiscal emitido por controladora fiscal homologada o factura oficial. A los fines de auditoría y en casos puntuales, el sistema de validación on line podrá requerir el envío de dicho comprobante en forma digital, en el momento de emisión del comprobante.

#### TROQUELES

Para acceder al descuento comercial los troqueles deberán ajustarse a lo siguiente:

- Encontrarse en perfecto estado y signos de uso previo (perforaciones / sustancias adhesivas)
- Sin signos de desgaste del material o del color del mismo
- Sin impresiones gomígrafas mediante sellos o cualquier tipo de leyendas, legibles o no.
- Sin diferencias de tamaño, grosor y/o color del troquel, para un mismo presentación y lote
- No presentar ningún signo que otorgue carácter dudoso al troquel.

## 6 ENMIENDAS

Las correcciones y enmiendas en la **prescripción de la receta** deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma.

Las correcciones y enmiendas en la **dispensa de la receta** deberán estar salvadas por el profesional farmacéutico con su sello y firma.

## 7 VALIDACIÓN ON LINE

*Nota: La validación on line de recetas no exime a las mismas del proceso de auditoría física correspondiente, de acuerdo a lo establecido en la presente Norma de Dispensación. De surgir diferencias entre los datos capturados a través del sistema on line y los que surgen del procesamiento físico de las recetas, se considerarán como válidos estos últimos. En el caso que no presente la receta física se realizará el débito correspondiente.*

- Todas las recetas deben validarse on line.
- Recuerde que al validar la receta debe cargar en el sistema de validación los mismos datos que se encuentran en la receta (afiliado, productos, cantidades, matrícula del profesional prescriptor, fechas, etc.) a fin de evitar inconvenientes posteriores debido a la no coincidencia de la validación on line con la receta física.
- Recuerde que toda transacción on line aprobada, donde no se hizo efectiva la dispensa de un medicamento, deberá ser cancelada por la farmacia para evitarle inconvenientes al afiliado en su próxima compra.
- Para poder acceder a la NRD, deberá realizar el cierre de lote correspondiente.

## 8 CONSULTAS Y/O AUTORIZACIONES

**Importante:** Por consultas a la presente norma operativa puede comunicarse con la entidad correspondiente.

## 9 INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD

### INCLUSIONES

Se cubrirán aquellos productos que acepte el sistema de validación online.

### EXCLUSIONES GENERALES

Medicamentos que no fueron autorizados por el sistema de validación online.

## 10 FORMA DE PRESENTACIÓN DE LAS RECETAS

La presentación deberá estar acompañada en su frente por la carátula emitida por el sistema on line.

La misma deberá estar intervenida con el sello de la farmacia y firma del Responsable Técnico, indicando en forma clara y visible la agrupación farmacéutica a través de la cual realiza su presentación.

Las recetas deberán presentarse en lotes de hasta 100, debidamente foliadas y agrupadas según el plan.

## 11 FECHA DE PRESENTACIÓN

Las recetas deben ser presentadas dentro de los 45 días posteriores a la liquidación.

## 12 LIQUIDACIÓN

La liquidación de las recetas se realizará de forma semanal los días lunes.



## ANEXO 1: MODELO DE RECETA ACTUAL

Frente

	NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO		M	EDAD	TIPO Y N° DE DOCUMENTO			
			F					
PROVINCIA Y LOCALIDAD			FECHA EMISION		FECHA DE VENTA			
					 * 0 2 1 1 0 6 1 0 0 9 2 0 0 1 *			
RP/1	CANTIDAD RECETADA	PRECIO UNITARIO		TROQUELES				
DCI	<input type="text"/>	CANTIDAD ENTREGADA	<input type="text"/>				PRECIO TOTAL	<input type="text"/>
Marca Sugerida								
RP/2	CANTIDAD RECETADA	PRECIO UNITARIO						
DCI	<input type="text"/>	CANTIDAD ENTREGADA	<input type="text"/>				PRECIO TOTAL	<input type="text"/>
Marca Sugerida								
Diagnostico RP:	CANTIDAD RECETADA	PRECIO UNITARIO						
	<input type="text"/>	CANTIDAD ENTREGADA	<input type="text"/>				PRECIO TOTAL	<input type="text"/>
SELO DEL PROFESIONAL	Certifico entrega de medicamentos		TOTAL RECETA				<input type="text"/>	
FIRMA Y N° DE MATRICULA	SELO Y FIRMA - FARMACIA		A CARGO BENEFICIARIO		<input type="text"/>			
			A CARGO RECETARIO		<input type="text"/>			
<p><b>1) IMPORTANTE:</b>          Con esta receta ud. se beneficia con un descuento sobre el precio de venta del medicamento prescripto que se le indicara en la farmacia. Este descuento no podrá ser sumado a otros que reciba por Obras Sociales y/o Medicinas Prepagas.          Para acceder a este descuento la DCI y marca sugerida del producto dispensado debe coincidir con los prescriptos por el profesional.          Se deja aclarado que los descuentos del Programa son de hasta el 70% del Precio de Venta al Publico -PVP de los medicamentos incluidos. El porcentaje de descuento es diferente para cada producto y, ademas su determinación porcentual dependerá del impacto que tenga sobre el PVP la suma fija cuyo cobro esta a cargo de las farmacias participantes y forma parte integrante del importe a cargo del paciente.          Vigencia: 30 dias a partir de la fecha de emisión de esta receta</p>								
<p>Firma Beneficiario: _____ Aclaración: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____</p>								

Dorso

Autorizo expresamente a que se recaben mis datos personales consignados en la presente. Dichos datos: 1) serán incluidos en una base de datos cuyo titular es Preserfar S.A., con domicilio en Alicia Moreau de Justo 2050 piso 1 oficina 105, C.A.B.A Argentina; 2) serán tratados con la finalidad de posibilitar la obtención de descuentos comerciales otorgados por parte de los laboratorios medicinales para el otorgamiento de los beneficios del Programa de Medicamentos de Primer Nivel; 3) sus destinatarios serán las farmacias y laboratorios que otorgan los descuentos; 4) la participación en el Programa y la proporción de los datos es facultativa, no existiendo consecuencias por negarse a participar del mismo; sin embargo, en caso de proporcionar datos inexactos o falsos, se producirá la exclusión del Programa. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo conforme artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. A su vez, el titular de los datos tiene el derecho de rectificación y supresión de datos según art. 16 de la Ley de Protección de Datos Personales. La Agencia de Acceso a la Información Pública, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales

.....

FIRMA PACIENTE



.....

ACLARACIÓN



## ANEXO 2: MODELO DE RECETA ANTERIOR

Frente

 <b>MEDICAMENTOS DE PRIMER NIVEL</b> LA RECETA DEBE SER VALIDADA EN EL SISTEMA ONLINE EN FARMACIA		TALONARIO NRO. 000000	RECETA NRO.  1606936079012
<b>APellido y Nombres del Beneficiario</b> _____			
<b>NÚMERO DE DOCUMENTO</b> _____		<b>TIPO</b> _____	
<b>FECHA DE EMISIÓN</b> _____		<b>FECHA DE DISPENSACIÓN</b> _____	
<b>PLAN</b> _____		<b>NRO. DE ORDEN</b> _____	
<b>DIAGNÓSTICO RPI</b> _____		<b>PRECIO UNITARIO</b> EN LETRAS: _____ CANT. ENTREGADA: _____ EN NROS.: _____ CANT. ENTREGADA: _____	
<b>DIAGNÓSTICO EPS</b> _____		<b>PRECIO UNITARIO</b> EN LETRAS: _____ CANT. ENTREGADA: _____ EN NROS.: _____ CANT. ENTREGADA: _____	
<b>Los marcas comerciales indicados en esta receta podrán ser sustituidos por:</b> <input type="checkbox"/> Conocimiento de tolerancia y resultados. <input type="checkbox"/> Otros: _____		<b>PRECIO UNITARIO</b> EN LETRAS: _____ CANT. ENTREGADA: _____ EN NROS.: _____ CANT. ENTREGADA: _____	
<b>FIRMA Y SELLO ACLARATORIO PROFESIONAL</b> _____		<b>PRECIO UNITARIO</b> EN LETRAS: _____ CANT. ENTREGADA: _____ EN NROS.: _____ CANT. ENTREGADA: _____	

TROQUEL 1	
TROQUEL 2	
TROQUEL 3	
TROQUEL 4	
TROQUEL 5	

Dorso

**Instrucciones para el farmacéutico:**

Señor farmacéutico, previo a la dispensación de los medicamentos prescritos y a efectos de evitar ulteriores inconvenientes, deberá corroborar:

- Que el beneficiario presente el DNI.
- Autenticidad de la receta.
- Que el beneficiario o tercero interviniente firme delante del dispensador del medicamento.
- Que la firma y el documento del beneficiario que figure en la receta y/o 3º interviniente, corresponda con la firma y el documento del beneficiario que retira el medicamento.
- Que se correspondan los datos que figuran en el documento con los asentados en la receta.
- Que la receta se encuentre perfectamente completada por el profesional prescriptor contando con su firma y sello.
- Que la receta no se encuentre vencida para la dispensa.

**EL FARMACÉUTICO DEBERÁ NEGAR LA DISPENSA DE CUALQUIER RECETA QUE NO CUMPLA CON CUALQUIERA DE ESTOS REQUISITOS MÍNIMOS. EN CASO CONTRARIO LA RECETA SERÁ RECHAZADA.**

**Instrucciones para el beneficiario:**

Señor beneficiario, es su obligación presentar el DNI para poder consumir la receta. Además, es su obligación firmar la conformidad de la receta SOLO cuando ha corroborado que:

- Se encuentren completos los datos que debe completar el farmacéutico (fecha de venta, cantidad entregada, precio unitario, importe, total receta a cargo del Beneficiario y a cargo de MEDICAMENTOS - DE PRIMER NIVEL) ya sea en la receta o en la copia de comprobante de venta adjunto a la misma.
- Que sean correctos los importes "a cargo del Beneficiario" y "a cargo de MEDICAMENTOS DE PRIMER NIVEL".

BENEFICIARIO <input type="checkbox"/>	TERCERO INTERVINIENTE <input type="checkbox"/>
DOCUMENTO TIPO <input type="text"/>	NÚMERO <input type="text"/>
Firma conforme de recepción	
Aclaración	
Domicilio	
Teléfono	
Manifiesto que he optado libremente y me hago responsable de ello	
Firma del beneficiario o tercero interviniente	
El farmacéutico que firma al pie certifica su actuación asumiendo la responsabilidad por sustitución realizada según constancia de troques al dorso.	
Sello y Firma del farmacéutico dispensador	
MATRÍCULA N° _____	



## ANEXO 3: MODELO DE RECETA DIGITAL





## ANEXO 4: MODELO DE RECETA BLANCA

### Nombre del médico

R.p.

**MPN** **Cármén Castaña** 5.1 DNI597

Amoxidal 500mg. (comp.x16)

(Amoxicilina)

1 env.

**Firma y sello**  
**Fecha**