

NORMAS PARA LA ATENCIÓN DEL: RECETARIO SOLIDARIO PLAN 1

1 DESCUENTOS A CARGO DEL RECETARIO SOLIDARIO:

AMBULATORIO: 20% S/ P.V.P. , según indique el VDM

Para acceder al descuento la D.C.I. y marca sugerida del producto dispensado deben coincidir con lo prescrito por el profesional.

2 RECETARIO:

OFICIAL (No se aceptan fotocopias): Anexo I
PARA QUE EL RECETARIO SEA VALIDO DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL:

- Nombre y Apellido del paciente.
- Tipo y N° de Documento.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expenderá solamente uno).
- Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescrito.
- Marca comercial sugerida
- Firma y sello con número de matrícula del profesional legible.
- Fecha de prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.
- La tinta de la prescripción deberá coincidir con la firma del médico.
- Todos los ítems de la receta deben estar completos.

DIGITAL MisRx: Anexo II

EL AFILIADO PUEDE PRESENTAR TANTO LA COPIA DIGITAL DE LA MISMA COMO EL NÚMERO DE RECETARIO.

3 VALIDEZ DE LA RECETA:

30 (TREINTA) días contando la fecha de prescripción.

4 LÍMITES DE CANTIDADES:

- CANTIDAD DE RENGLONES: Tres (3).
- POR RECETA: Hasta cuatro (4) envases.

- **POR RENGLÓN:** Hasta un (1) envase excepto para Tamaño Menor: dos (2) envases solamente para una especialidad.
- **ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS:** Hasta cinco (5) envases para una sola especialidad por receta.
- **ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS:** Hasta un (1) envase por receta.

5 LÍMITES DE TAMAÑOS:

- Hasta 1(un) del de Mayor Tamaño por renglón.
- Hasta 2(dos) del de Menor Tamaño para una única especialidad por receta.

En caso de discontinuidad o baja en la comercialización de alguna de las presentaciones indicadas en el vademécum, se podrá dispensar el tamaño inmediato inferior o el existente en ese momento, previa aclaración al dorso de la receta convalidada por la firma del farmacéutico. El beneficiario deberá firmar en conformidad.

6 OTRAS ESPECIFICACIONES:

Las prescripciones deberán realizarse respetando las disposiciones vigentes.

CUANDO EL MÉDICO

No indica tamaño
Sólo indica GRANDE

LA FARMACIA DEBE ENTREGAR

El de menor contenido
El tamaño SIGUIENTE AL MENOR

7 DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 - De acuerdo al orden de prescripción.
 - Incluyendo el código de barras.
 - Adheridos al recetario con cinta adhesiva transparente (NO pegar porque dificulta la visualización de la parte posterior del troquel, NO utilizar abrochadora porque dificulta la lectura del código de barras.)
- Para acceder al descuento comercial los troqueles deberán ajustarse a lo siguiente:
 - Encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencia o marca de sustancias adhesivas, o inscripciones de cualquier tipo).
 - Sin signos de desgaste del material (en todo o parte del troquel) o del color de la impresión.
 - Sin impresiones gomígrafas mediante sellos de cualquier tipo o leyendas legibles o no.
 - Sin diferencias en tamaño, grosor y/o color del troquel, para un mismo producto, presentación y lote.
 - No deberán presentar cualquier otro signo que otorgue carácter

dudoso del troquel.

- Fecha de Venta (solo recetario oficial).
- Precios unitarios y totales, total facturado, importe a cargo del beneficiario y a cargo del Recetario Solidario (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico, las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario). Estos campos a completar por la farmacia serán optativos siempre y cuando esta última cumplimente estrictamente lo establecido por la presente Norma, en lo que respecta a la presentación de un ejemplar del comprobante emitido por controladora fiscal homologada.
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del paciente o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento. (La ausencia de estos datos es motivo de débito).

La farmacia deberá adjuntar a la receta física o voucher de validación (en caso de receta digital) un ejemplar del comprobante de venta emitido por controladora fiscal homologada, como respaldo fehaciente de la operación.

Sólo por excepción debidamente fundada y aprobada por la auditoría del Sistema se aceptará otro tipo de comprobante, en cuyo caso la farmacia deberá indicar en el recetario el número de comprobante fiscal de la operación. En estos casos, fotocopia del libro IVA donde se registró la operación deberá ser exhibida a la auditoría cada vez que sea requerida.

8 FORMA DE PRESENTACION DE LAS RECETAS:

- Carátula
La presentación deberá estar acompañada en su frente por la carátula emitida por el Sistema On Line. La misma deberá estar intervenida con 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
- En el mismo orden del listado consignado en la carátula
- Agrupadas en lotes de 100 (cien)

MUY IMPORTANTE

PARA ACCEDER AL DESCUENTO DEL LABORATORIO LA DISPENSACION DEBERA REALIZARSE CUMPLIENDO TODOS LOS PUNTOS DETALLADOS EN ESTA NORMA. LA OMISIÓN DE CUALQUIER REQUISITO SERÁ CAUSAL DE DÉBITO.

- **Todas las recetas deben validarse, sin excepción, a través del Sistema de Validación On Line de PRESERFAR S.A.**

ANEXO I: RECETARIO OFICIAL

	NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO		EDAD	TIPO Y N° DE DOCUMENTO		
	PROVINCIA Y LOCALIDAD		FECHA EMISION	FECHA DE VENTA		
RP/ 1	CANTIDAD RECETADA	PRECIO UNITARIO				
DCI		CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO TOTAL			
Marca Sugerida						
RP/2	CANTIDAD RECETADA	PRECIO UNITARIO				
DCI		CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO TOTAL			
Marca Sugerida						
RP/3	CANTIDAD RECETADA	PRECIO UNITARIO				
DCI		CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO TOTAL			
Marca Sugerida						
SELLO DEL PROFESIONAL		Certifico entrega de medicamentos		TOTAL RECETA		
FIRMA Y N° DE MATRICULA		SELLO Y FIRMA - FARMACIA		A CARGO BENEFICIARIO		
				A CARGO RECETARIO		
<p>Importante : Con esta receta usted se beneficia con un descuento sobre el precio de venta del medicamento prescripto que se le indicará en la farmacia. Este descuento no puede ser sumado a otros que reciba por Obras Sociales y/o Medicinas prepagas. Para acceder al descuento la DCI y marca sugerida del producto dispensado debe coincidir con los prescriptos por el profesional. Vigencia: 30 días a partir de la fecha de emisión de esta receta.</p>						
Firma Beneficiario		Aclaración:	Domicilio:	Teléfono:		

Indicaciones o Duplicado

ANEXO II: RECETA DIGITAL MISRX



Fecha Receta: 04/01/2024

Recetario:



Nro Afiliado:



OS: RECETARIO SOLIDARIO

Afiliado:

D.N.I.:

Diagnóstico:

Plan:

RP/

- *LOSACOR, Roemmers*
losartán, 50 mg comp.rec.x 30
Cantidad: 1
Cobertura: 100%

Firmado electrónicamente por:

Dr/a:

Matricula:

Especialidad:

Esta receta debe validarse on-line ingresando el número de recetario



Firma Electrónica:



La firma electrónica sustituye legalmente a la firma ológrafa