

Norma de Atención N°: 5715

Vigencia: **01/01/2025**

	<b>A CARGO ENTIDAD</b>	<b>A CARGO AFILIADO</b>	<b>COBERTURA SOBRE</b>
AMBULATORIOS	40%	60%	VADEMECUM AMBULATORIO
CRONICIDAD (*1)	70%	30%	VADEMECUM CRONICIDAD
PLAN MATERNO INFANTIL	100%	-----	VADEMECUM P.M.I.
DIABETES(*1)	VARIABLE	VARIABLE	VADEMECUM DIABETES
AUTORIZACIONES ESPECIALES	VARIABLE	VARIABLE	MANUAL FARMACEUTICO

**CREDECIAL**

Definitiva: SI

Provisoria: SI

**Excepciones:**- **Antibióticos inyectables monodosis:** Hasta cinco (5) unidades.**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** SI**TIPO DE RECETARIO**

Oficial: SI

Particular: SI

**LIMITACIONES DE TAMAÑO****Si indica:** Lo requerido.**Si no indica:** El menor.**Si indica "GRANDE":** El inmediato siguiente al menor.**Si erra:** El inmediato inferior al indicado.**VALIDEZ DE LA RECETA:** 30 días corridos**PSICOFARMACOS**

Duplicado: SI

Fotocopias: NO

**ESPECIALIDADES EXCLUIDAS**

• PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO FIGUREN EN VADEMECUM.

**ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.**

Con sello: SI

Manuscrito: NO

**ENMIENDAS SALVADAS:**

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por el afiliado: SI (errores de expendio)

**ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES**

(cuando supere la unidad)

Letras: SI

Números: SI

**AUTORIZACIONES****LIMITACIONES CANTIDAD**

Hasta dos (2) especialidades por receta y hasta un (1) envase por especialidad.

**PRESENTACION****FACTURACION Y REFACTURACION:** Ver normas generales de atención y presentación.

**Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle de grado de concentración.**

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION EN FORMA REMOTA obligatorio** de la prescripción médica, ingresando a <http://validacionesag.com/> o bien a través de los sistemas de facturación integrados. **Quedan exceptuadas de dicha validación las prescripciones AUTORIZADAS (\*3) por la Entidad**

**Formato de credencial a ingresar: 000000000X/0X**

Norma de Atención N°: 5715

Vigencia: **01/01/2025**

## **(\*1) CRONICIDAD 70% - DIABETES**

Exclusivamente para medicamentos destinados a **PATOLOGIAS CRONICAS PREVALENTES Y PROGRAMAS ESPECIALES** incluidos en los vademécums respectivos según lo indicado.

La autorización deberá realizarse a través del **VALIDADOR ONLINE** (vía web o facturador) o bien telefónicamente al **CENTRO DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES CRÓNICOS** al **0810-345-NUTR (6887)**.

La farmacia facturará el primer mes adjuntando la receta (original) confeccionada por el profesional. En los **2 (dos) meses** subsiguientes deberá facturar adjuntando una fotocopia de la receta original

**En caso de rechazo en la validación se podrá dispensar con autorización de la ENTIDAD.**

## **(\*2) PLAN MATERNO INFANTIL**

La receta deberá contar con la leyenda "PLAN MATERNO INFANTIL" de puño y letra del profesional pre escribiente.

Período de cobertura: - Para la MADRE: Durante el embarazo y hasta 30 días posteriores al parto.  
- Para el NIÑO: Hasta el primer (1er.) año de vida.

## **(\*3) AUTORIZACIONES**

Los productos que se encuentren fuera de vademécum como así también descuentos no contemplados en la presente norma deberán estar autorizados por la ENTIDAD.

## **(\*4) PRESENTACION**

Los distintos descuentos se deberán presentar en lotes por separado, conforme el siguiente esquema:

- 40% AMBULATORIOS
- 70% CRONICIDAD
- 100% PLAN MATERNO INFANTIL
- DIABETES (VARIABLE)
- AUTORIZACIONES ESPECIALES (VARIABLE)

### **MUY IMPORTANTE:**

**TODO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS GENERALES DE ATENCION Y PRESENTACION ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.**