|  | **A CARGO** | **A CARGO** | **COBERTURA** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ENTIDAD** | **AFILIADO** | **SOBRE** |
| AMBULATORIOS | 40% | 60% | VADEMECUM AMBULATORIO |
| HIPOGLUCEMIANTES ORALES **(\*1)** | 70% | 30% | MANUAL FARMACEUTICO |
| CRONICIDAD **(\*1)** | 40% - 70% | 60% - 30% | VADEMECUM CRONICIDAD |
| PLAN MATERNO INFANTIL **(\*1)(\*2)** | 100% | ----- | VADEMECUM AMBULATORIO |
| DISCAPACIDAD **(\*1)** | 100% | ----- | MANUAL FARMACEUTICO |
| INSULINAS **(\*1)** | 100% | ----- | MANUAL FARMACEUTICO |

| **CREDENCIAL** |
| --- |
| Definitiva: SI |
| Provisoria: NO |
|  |
| **DOCUMENTO DE IDENTIDAD**: SI |
| **TIPO DE RECETARIO (\*3)** |
| Oficial: NO |
| Entidades y Médicos de Cartilla: SI |
| Hospital Público Nacional, Provincial y/o Municipal: SI |
|  |
| **VALIDEZ DE LA RECETA**: 30 (treinta) días corridos |
|  |
| **PSICOFARMACOS**: |
| Duplicado: SI Fotocopia: NO |
|  |
| **ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nº MATR.** |
| Con sello: SI Manuscrito: NO |
|  |
| **ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES** |
| Letras y números: SI |
|  |
| **LIMITACIONES CANTIDAD Y TAMAÑO** |
| Hasta dos (2) especialidades por receta de distinta o igual marca pero de distinta vía de administración y hasta un (1) envase por especialidad.  **Si no indica**: El menor.  **Si indica** **“GRANDE”**: El siguiente al menor.  **Si erra**: El inmediato inferior al indicado. |
| **EXCEPCIONES:** |
| **- Antibióticos inyectables monodosis**: Hasta cinco  (5) unidades. |
| **- Antibióticos inyectables multidosis**: Hasta una  (1) unidad. |
|  |
| **ESPECIALIDADES EXCLUIDAS**  **Principios activos, formas farmacéuticas, presen-**  **taciones y medicamentos que no figuren en vade-**  **mécum y las siguientes especialidades:** |
| * ALBUMINA SERICA HUMANA Y EXPANSORES PLASMATICOS |
| * ANESTESICOS, REGIONALES Y CENTRALES, YA SEA EN FORMAS INYECTABLES O INHALATORIAS; INDUCTORES DE LA ANESTESIA, RELAJANTES MUSCULARES INYECTABLES DE USO EN ANESTESIA GENERAL, HIPNOTICOS INYECTABLES |
| * ANOREXIGENOS, OREXIGENOS, ANTICELULITICOS, REDUCTORES DE LA ABSORCION DE LIPIDOS (Tipo ORLISTAT), REDUCTORES DE ADIPOSIDADES (Tipo TRIAC) |
| * ANTITABAQUICOS EN CHICLES. ANTITABAQUICOS EN FORMA DE PARCHES DE ABSORCION TRANSDERMICOS |
| * ESTREPTOQUINASAS, AUTOVACUNAS |
| * GONADOTROFINA CORIONICA y todas aquellas hormonas prescriptas para tratamiento de la esterilidad masculina-femenina |
| * HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR |
| * HERBORISTERIA, HOMEOPATIA, PRODUCTOS CON GINSENG, PRODUCTOS DE PROPAGANDA POPULAR |
| * LECHES MATERNIZADAS Y ENTERAS |
| * MATERIAL DESCARTABLE (termómetros, cánulas, sondas, agua oxigenada, jeringas, etc) |
| * MATERIALES DE CURACION EN GENERAL (alcohol, vendas, gasas, soluciones antisépticas) |
| * MEDICACION ONCOLOGICA; Antieméticos para oncología (ondansetrón y derivados), Analgésicos oncológicos (morfina, nalbufina, fentanillo, metadona, oxicodona, etc), Eritropoyetina-Inmunosupresores para post-trasplantados, Insuf. renal crónica, Hemofilia, Sida, Hormonas de crecimiento, Enfermedad fibroquísticas del páncreas, Esclerosis múltiple, Esclerosis lateral amiotrófica, Hepatitis crónica, Enfermedades desmielinizantes, Mal de Gaucher, Interferones. |
| * PASTAS Y POLVOS DENTIFRICOS O ELEMENTOS FIJADORES DE   PROTESIS |
| * PRESENTACIONES PARENTERALES. |
| * PRODUCTOS COSMETICOS (jabones, champúes, cremas restauradoras, hemolientes, humectantes, nutritivas, protectoras, hidratantes, bronceadores, anticelulíticas, antialopécicos, etc), NO MEDICAMENTOSOS. |
| * PRODUCTOS DIETETICOS Y ALIMENTICIOS: edulcorantes y/o sucedáneos del azucar, sales de mesa modificadas, complementos alimenticios tanto en polvos como en soluciones orales y parenterales y complementos dietarios. |
| * PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCION SEXUAL MASCULINA (Ej. Sildenafil, Lumix, Vimax, Viagra) |
| * RECETAS O PREPARADOS MAGISTRALES Y OFICINALES; SOLUCIONES PARENTERALES, SOLUCIONES DE USO EN CONTACTOLOGIA |
| * SOLVENTES INDOLOROS QUE NO SEAN DE VENTA BAJO RECETA Y/O QUE NO TENGAN TROQUEL O CODIGO DE BARRAS |
| * TODO MEDICAMENTO SIN SU CORRESPONDIENTE TROQUEL CON CODIGO DE BARRAS INCLUIDO |
| * TODO PRODUCTO QUE, AUN CUANDO TENGA USO AMBULATORIO, SU PRESCRIPCION SE ORIGINE EN EL SUPUESTO DE INTERNACION CLINICA O QUIRURGICA |
| * TOXINA BOTULINICA |
| * VACUNAS [EXCEPTO LA VACUNA ANTITETANICA Y TOXOIDE TETANICO + INMUNOGLOBULINA (SUERO Y VACUNA)] |
| * VENTA LIBRE |
|  |
| **AUTORIZACIONES:** Ver **(\*4)** |
|  |
| **ENMIENDAS SALVADAS**: |
| Por el médico: SI (errores de prescripción) |
| Por el afiliado: SI (errores de expendio) |
| Por el farmacéutico: SI (errores de datos filiatorios) **(\*5)** |
|  |
| **PRESENTACION (\*6)** |
|  |
| **FACTURACION Y REFACTURACION:** Ver normas  generales de atención y presentación. |
|  |
|  |





| ***(\*1) CRONICIDAD, HIPOGLUCEMIANTES ORALES, INSULINAS Y DISCAPACIDAD*** |
| --- |

La receta se deberá encontrar previamente *autorizada* por **ASSISTENCIAL SALUD**.

| ***(\*2) PLAN MATERNO INFANTIL*** |
| --- |

- La receta deberá contar con la leyenda “PLAN MATERNO INFANTIL” de puño y letra del profesional prescribiente.

- 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.

- Se deberán expender únicamente medicamentos concernientes al PLAN MATERNO INFANTIL.

| ***(\*3) REQUISITOS DE LAS RECETAS*** |
| --- |

**- Recetario de Entidades de cartilla:** verificar que la Entidad pertenezca a la cartilla, independientemente que el médico figure o no.

**- Recetario de Médicos:** verificar que el médico pertenezca a la cartilla de prestadores.

**- Recetario de Hospital Público Nacional, Provincial y/o Municipal:** prescripto por cualquier médico.

* Datos a completar por el profesional, de su puño y letra y con la misma tinta:
* Denominación de la entidad.
* Nombre y apellido del beneficiario.
* Número de beneficiario.
* Medicamentos recetados y cantidad de cada uno.
* Firma y sello con número de matrícula y aclaración.
* Diagnóstico
* Fecha de prescripción.
* Datos a completar por la farmacia:
* Fecha de venta.
* Importes unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la Entidad, totales.
* Sello y firma de la farmacia.
* Firma y aclaración y número de documento de quien retira los medicamentos.
* Troqueles adheridos sin utilizar ganchos, cinta adhesiva, ni goma de pegar, o la sigla “S/T” si correspondiera.
* Los troqueles deberán encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencia o marca de sustancias adhesivas); 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.

| ***(\*4)******AUTORIZACIONES*** |
| --- |

Cualquier excepción a la presente norma deberá contar con la autorización de **ASSISTENCIAL SALUD**. Las autorizaciones se podrán encontrar al dorso de las recetas, acompañando a las mismas o remitidas vía fax o email, en los últimos dos casos se deberán adjuntar a la receta para su posterior facturación.

| ***(\*5)******ENMIENDAS*** |
| --- |

El farmacéutico deberá enmendar todos aquellos datos de afiliación que el profesional haya transcripto en forma errónea en la receta, salvándolos al dorso de la misma, con su firma, sello y firma del afiliado dando su conformidad, únicamente se podrán enmendar datos, **NO** completar datos faltantes.

| ***(\*6) PRESENTACIONES*** |
| --- |

Las facturaciones se deberán presentar en lotes por separado conforme el siguiente esquema:

* 40% AMBULATORIOS
* 70% HIPOGLUCEMIANTES ORALES
* 40% CRONICIDAD
* 70% CRONICIDAD
* 100% PLAN MATERNO INFANTIL
* 100% DISCAPACIDAD
* 100% INSULINAS



**MUY IMPORTANTE:**

**TODO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS**

**GENERALES DE ATENCION Y PRESENTACION ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.**

**MODELO DE CREDENCIAL**

****

