

PLAN MZ

NORMA OPERATIVA FARMACIAS

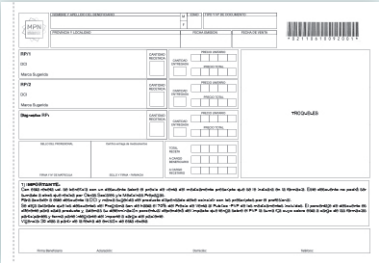
1 AMBITO DE APLICACIÓN Provincia de Mendoza

2 DESCUENTOS
30% Sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor vigente al día del expendio e informados por el validado on-line.

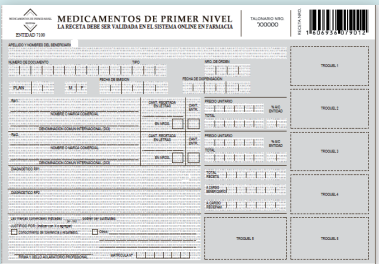
3 REQUISITOS DE LA RECETA > SON VÁLIDOS PARA TODOS LOS PLANES

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 **Cármén Castaña** 5.1 **DNI** 97

Amoxidal 500mg. (comp.x16)
(Amoxicilina)
1 env.

Firma y sello
Fecha

(Anexo 4)

IMPORTANTE:

1. 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.
2. A partir de la fecha de vigencia se aceptan recetas "blancas". La receta debe contener el encabezado MPN o Medicamentos de Primer Nivel.
3. 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 prescriptos 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: Documento de Identidad (DNI).

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.
- **En los recetarios No Oficiales** se deberá cargar el N° de DNI del beneficiario en el campo Número de Receta, el Sistema le devolverá dicho número más 3 dígitos de secuencia que deberá ser consignado a mano por el farmacéutico en la receta.
- 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 DCI Marca Sugerida | | CANTIDAD RECETADA <input type="text"/> | CANTIDAD ENTREGADA <input type="text"/> | PRECIO UNITARIO <input type="text"/> | | TROQUELES |
| | | | | PRECIO TOTAL <input type="text"/> | | |
| RP/2 DCI Marca Sugerida | | CANTIDAD RECETADA <input type="text"/> | CANTIDAD ENTREGADA <input type="text"/> | PRECIO UNITARIO <input type="text"/> | | |
| | | | | PRECIO TOTAL <input type="text"/> | | |
| Diagnostico RP: | | CANTIDAD RECETADA <input type="text"/> | CANTIDAD ENTREGADA <input type="text"/> | PRECIO UNITARIO <input type="text"/> | | |
| | | | | PRECIO TOTAL <input type="text"/> | | |
| SELLO DEL PROFESIONAL FIRMA Y N° DE MATRICULA | Certifico entrega de medicamentos SELLO Y FIRMA - FARMACIA | TOTAL RECETA <input type="text"/> | | A CARGO BENEFICIARIO <input type="text"/> | | |
| | | | | A CARGO RECETARIO <input type="text"/> | | |
| <p>1) IMPORTANTE: 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> | | | | | | |
| Firma Beneficiario: _____ Aclaración: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____ | | | | | | |

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 los 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

| | | | |
|---|--|---|---|
|  MEDICAMENTOS DE PRIMER NIVEL LA RECETA DEBE SER VALIDADA EN EL SISTEMA ONLINE EN FARMACIA | | TALONARIO NRO. 000000 | RECETA NRO.  1606936079012 |
| APellido y Nombres del Beneficiario _____ | | | |
| NÚMERO DE DOCUMENTO _____ | | TIPO _____ | |
| FECHA DE EMISIÓN _____ | | FECHA DE DISPENSACIÓN _____ | |
| PLAN _____ | | NRO. DE ORDEN _____ | |
| PRECIO UNITARIO EN LETRAS: _____ CANT. RECETADA: _____ EN NROS.: _____ | | PRECIO UNITARIO EN LETRAS: _____ CANT. RECETADA: _____ EN NROS.: _____ | |
| NOMBRE O MARCA COMERCIAL _____ | | PRECIO UNITARIO EN LETRAS: _____ CANT. RECETADA: _____ EN NROS.: _____ | |
| DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL (DCI) _____ | | PRECIO UNITARIO EN LETRAS: _____ CANT. RECETADA: _____ EN NROS.: _____ | |
| DIAGNÓSTICO RPI _____ | | PRECIO UNITARIO EN LETRAS: _____ CANT. RECETADA: _____ EN NROS.: _____ | |
| DIAGNÓSTICO EPS _____ | | PRECIO UNITARIO EN LETRAS: _____ CANT. RECETADA: _____ EN NROS.: _____ | |
| Las marcas comerciales indicadas en esta receta podrán ser sustituidas por: <input type="checkbox"/> Sustitución por: _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | PRECIO UNITARIO EN LETRAS: _____ CANT. RECETADA: _____ EN NROS.: _____ | |
| Conocimiento de tolerancia y resultados: _____ | | PRECIO UNITARIO EN LETRAS: _____ CANT. RECETADA: _____ EN NROS.: _____ | |
| FIRMA Y SELLO ACLARATORIO PROFESIONAL _____ | | PRECIO UNITARIO EN LETRAS: _____ CANT. RECETADA: _____ EN NROS.: _____ | |

Dorso

| | |
|--|--|
| Instrucciones para el farmacéutico: Señor farmacéutico, previo a la dispensación de los medicamentos prescritos y a efectos de evitar ulteriores inconvenientes, deberá corroborar a) Que el beneficiario presente el DNI. b) Autenticidad de la receta. c) Que el beneficiario o tercero interviniente firme delante del dispensador del medicamento. d) 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. e) Que se correspondan los datos que figuran en el documento con los asentados en la receta. f) Que la receta se encuentre perfectamente completada por el profesional prescriptor contando con su firma y sello. g) 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: a) 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. b) 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 _____ |
| _____ 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