



MEDICAMENTOS DE PRIMER NIVEL

1. AMBITO DE APLICACIÓN:

Todo el País

2. DESCUENTOS

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.

Plan:	A cargo del beneficiario:	A cargo de la entidad:
Plan A	La diferencia del PVP según respuesta del sistema validador	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)

3. REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES

Tipo de Recetario:	Oficial (Ver Anexo Modelo de Recetario) El beneficiario deberá abonar un bono de \$20 por receta en la farmacia en carácter de acceso al sistema (incluido en el sistema validador)	
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 y número de DNI.	
	Fecha de emisión de la receta.	
	Firma y sello aclaratorio del profesional.	
	Detalle de los medicamentos.	
	Cantidades de los medicamentos prescritos y entregados.	
Validez	30 (treinta) días a partir de la fecha de emisión e incluyendo la misma.	
a) para la venta:		
b) para la presentación:	60 (sesenta) días corridos, a partir de la fecha de venta e incluyendo la misma.	
c) Para la refacturación:	30 (treinta) días corridos a partir de haber recibido la liquidación.	
Cantidad máxima 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:	Lista II (receta oficial):	Receta de Salud Pública Receta adjunta de la institución.
No se aceptan fotocopias de recetas.	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:

Plan A y Plan J: Documento de Identidad (DNI)

Plan A y Plan J: Receta oficial MPN.

Plan A: constancia de beneficiario AUH (tarjeta o libreta)

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.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p> <p>TROQUELES Para acceder al descuento comercial los troqueles deberán ajustarse a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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:	
Recordar:	<p>Las correcciones y enmiendas en la prescripción de la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma.</p> <p>Las correcciones y enmiendas en la dispensa de la receta deberán estar salvadas por el profesional farmacéutico con su sello y firma.</p>
7. VALIDACION ON LINE:	
<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p>	
8. CONSULTAS Y/O AUTORIZACIONES:	
Importante:	<p>Por consultas a la presente norma operativa puede comunicarse con la entidad correspondiente.</p>
9. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:	
INCLUSIONES :	EXCLUSIONES GENERALES:
<ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirán aquellos productos que acepte el sistema de validación online. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que no fueron autorizados por el sistema de validación online.

10. FORMA DE PRESENTACION DE LAS RECETAS:

	<p>La presentación deberá estar acompañada en su frente por la carátula emitida por el sistema on line.</p> <p>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.</p> <p>Las recetas deberán presentarse en lotes de hasta 100, debidamente foliadas y agrupadas según el plan.</p>
--	--

11. FECHA DE PRESENTACION:

	<p>Las recetas deben ser presentadas dentro de los 30 días posteriores a la liquidación.</p>
--	--

12. LIQUIDACION:

	<p>La liquidación de las recetas se realizará de forma semanal.</p>
--	---

ANEXOS

Anexo 1: Modelo de Recetario

Frete:

	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		CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO	TROQUELES	
DCI	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Marca Sugerida				PRECIO TOTAL		
				<input type="text"/>		
RP/2	CANTIDAD RECETADA		CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO		
DCI	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Marca Sugerida				PRECIO TOTAL		
				<input type="text"/>		
Diagnostico RP:	CANTIDAD RECETADA		CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO		
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
				PRECIO TOTAL		
				<input type="text"/>		
SELLO DEL PROFESIONAL	Certifico entrega de medicamentos		TOTAL RECETA			
			<input type="text"/>			
FIRMA Y N° DE MATRICULA	SELLO Y FIRMA - FARMACIA		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 días 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 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