

Normas de atención



RECETARIO
SOLIDARIO

PLAN 1



FACAF

FEDERACIÓN ARGENTINA
DE CÁMARAS DE FARMACIAS

DESCUENTO A CARGO DE RECETARIO SOLIDARIO

AMBULATORIO	<p>20% o 40% S/ P.V.P. , según indique el VDM</p> <p>Para acceder al descuento la D.C.I. y marca sugerida del producto dispensado deben coincidir con lo prescrito por el profesional.</p>
--------------------	---

RECETARIO

TIPO	OFICIAL (no se aceptan fotocopias)
VALIDEZ	30 (TREINTA) días contando la fecha de prescripción.



PARA QUE EL RECETARIO SEA VALIDO DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL:

- Nombre, 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 expondrá 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: EL AFILIADO PUEDE PRESENTAR TANTO LA COPIA DIGITAL DE LA MISMA COMO EL NÚMERO DE RECETARIO.



LÍMITES DE CANTIDADES	
CANTIDAD DE RENGLONES	3 (Tres)
POR RECETA	Hasta 4 (cuatro) envases
POR RENGLÓN	Hasta 1 (un) envase excepto para Tamaño Menor: 2 (dos) envases solamente para una especialidad.
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS	Hasta 5 (cinco) envases para una sola especialidad por receta
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS	Hasta 1 (un) envase por receta.

LÍMITES DE TAMAÑO
<ul style="list-style-type: none"> • Hasta 1(un) del de Mayor Tamaño por renglón. • Hasta 2(dos) del de Menor Tamaño para una única especialidad por receta. <p>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.</p>

OTRAS ESPECIFICACIONES
<ul style="list-style-type: none"> • TAMAÑO NO ESPECIFICADO: el/la farmacéutico/a entregará el envase de menor contenido del producto prescrito. • ESPECÍFICA "GRANDE" ∴ vender la presentación siguiente a la de menor tamaño.



DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 1. De acuerdo al orden de prescripción
 2. Incluyendo el código de barras.
 3. 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:
 1. Encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencia o marca de sustancias adhesivas, o inscripciones de cualquier tipo).
 2. Sin signos de desgaste del material (en todo o parte del troquel) o del color de la impresión.
 3. Sin impresiones gomígrafas mediante sellos de cualquier tipo o leyendas legibles o no.
 4. Sin diferencias en tamaño, grosor y/o color del troquel, para un mismo producto, presentación y lote.
 5. 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.



FORMA DE PRESENTACIÓN 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 DISPENSACIÓN DEBERÁ 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.

RECETARIO OFICIAL

	NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO		EDAD	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	
	PROVINCIA Y LOCALIDAD		FECHA EMISIÓN	FECHA DE VENTA	
RP/1	CANTIDAD RECETA	PRECIO UNITARIO			
DCI		CARGO PROFESIONAL	PRECIO TOTAL		
Marca Sugerida					
RP/2	CANTIDAD RECETA	PRECIO UNITARIO			
DCI		CARGO PROFESIONAL	PRECIO TOTAL		
Marca Sugerida					
RP/3	CANTIDAD RECETA	PRECIO UNITARIO			
DCI		CARGO PROFESIONAL	PRECIO TOTAL		
Marca Sugerida					
SELLO DEL PROFESIONAL		CANTIDAD SUGERIDA LABORATORIO		TOTAL RECETA	
FIRMA Y N° DE MATRÍCULA		SELLO Y FIRMA - FARMACIA		A CARGO SOLICITANTE	
				A CARGO RECETARIO	
<p>Importante: Con esta receta usted se beneficia con un descuento sobre el precio de venta del medicamento prescrito que se le indicará en la farmacia. Este descuento no puede ser sumado a otros que reciba por Obras Sociales y/o Medicinas Propias. 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>					
Provincia Beneficiario	Apellido	Documento	Teléfono		

Indicaciones o Duplicado

RECETA DIGITAL MISRX



Fecha Receta: 04/01/2024

Recetario:



XXXXXXXXXXXX

Nro Afiliado:



XXXXXXXXXX

OS: RECETARIO SOLIDARIO
 Afiliado: XXXXXXXXXXXXXXXX
 D.N.I.: XXXXXXXX
 Diagnóstico: XXXXXXXX
 Plan: XXXXXXXX

RP/

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

Firmado electrónicamente por:

Dra: XXXXXXXXXXXXXXXX
 Matricula: XXXXXXXX
 Especialidad: XXXXXXXX

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



Firma Electrónica:



La firma electrónica sustituye legalmente a la firma ológrafa