

## DATOS GENERALES

- AUTORIZACION ON LINE Y CIERRE:** por OBSERVER

Todos los planes.

Para validar ingresar el CUIL del afiliado. **NO DEBE INGRESAR DOBLE CERO AL FINAL DEL NÚMERO.**

Ej. 20061911597

Cargar: 20061911597

Para los planes 16282, 16316, 16317, 16333, 16334, 16335 se deberá ingresar el código de autorización del comprobante de entrega de medicamentos en el campo número de receta.

## RECETARIO

- TIPO**

.Planes 15259, 15260, 15261, 15262, 15263, 15264, 6319, 18265, 18266: Particular.

.Plan 16282: Comprobante de entrega de medicamentos para pacientes crónicos.

.Plan 16316: Particular más comprobante de entrega de medicamentos Psicofármacos

.Plan 16317: Comprobante de entrega de medicamentos Programa de Procreación Responsable.

.Planes 16333, 16334 y 16335: Comprobantes de entrega de medicamentos Autorizaciones Especiales.

- VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION**

.30 días.

## ACREDITACIÓN

.Credencial, en la cual figure el plan

.Documento de Identidad

## FIRMA DIGITAL

.No

## COBERTURAS

| Cód.  | PLAN DE ATENCIÓN | PLAN DE LIQUIDACIÓN | OBSERVACIONES                   | FORMA DE PAGO                    |
|-------|------------------|---------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 15259 | CLASICO          | CLASICO             | D/VAD 40%                       | A cargo Obra Social menos aporte |
| 15260 | PMI CLASICO      | PMI CLASICO         | D/VAD 100 %                     | A cargo Obra Social menos aporte |
| 15261 | ESPECIAL         | ESPECIAL            | D/VAD 40%                       | A cargo Obra Social menos aporte |
| 15262 | PMI ESPECIAL     | PMI ESPECIAL        | D/VAD 100%                      | A cargo Obra Social menos aporte |
| 15263 | PLUS             | PLUS                | D/VAD 40%                       | A cargo Obra Social menos aporte |
| 15264 | PMI PLUS         | PMI PLUS            | D/VAD 100%                      | A cargo Obra Social menos aporte |
| 16282 | CRÓNICOS         | CRÓNICOS            | D/VAD 70% del Precio Referencia | A cargo Obra Social menos aporte |

| Cód.  | PLAN DE ATENCIÓN                  | PLAN DE LIQUIDACIÓN               | OBSERVACIONES                   | FORMA DE PAGO                    |
|-------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 16316 | PSICOFÁRMACOS                     | PSICOFÁRMACOS                     | D/VAD 70% del precio Referencia | A cargo Obra Social menos aporte |
| 16317 | PROG. PROC RESPONSABLE            | PROG. PROC RESPONSABLE            | D/VAD 100 %                     | A cargo Obra Social menos aporte |
| 6319  | AUTORIZACIONES ESPECIALES         | AUTORIZACIONES ESPECIALES         | % según A.P. de la O.Social     | A cargo Obra Social menos aporte |
| 16333 | AUTORIZACIONES ESPECIALES 40      | AUTORIZACIONES ESPECIALES 40      | 40% con AP de la O.Social       | A cargo Obra Social menos aporte |
| 16334 | AUTORIZACIONES ESPECIALES 70      | AUTORIZACIONES ESPECIALES 70      | 70% con AP de la O.Social       | A cargo Obra Social menos aporte |
| 16335 | AUTORIZACIONES ESPECIALES 100     | AUTORIZACIONES ESPECIALES 100     | 100% con AP de la O.Social      | A cargo Obra Social menos aporte |
| 18265 | BASICO                            | BASICO                            | D/VAD 40 %                      | A cargo Obra Social menos aporte |
| 18266 | PMI BASICO                        | PMI BASICO                        | D/VAD 100 %                     | A cargo Obra Social menos aporte |
| 30506 | AUT.ESPECIAL – PL BASICO 100      | AUT.ESPECIAL – PL BASICO 100      | 100% con AP de la O.Social      | A cargo Obra Social menos aporte |
| 30507 | AUT.ESPECIAL – PL BASICO 70       | AUT.ESPECIAL – PL BASICO 70       | 70% con AP de la O.Social       | A cargo Obra Social menos aporte |
| 30508 | AUT.ESPECIAL – PL BASICO 40       | AUT.ESPECIAL – PL BASICO 40       | 40 % con AP de la O.Social      | A cargo Obra Social menos aporte |
| 33261 | CRONICOS GENERAL                  | CRONICOS GENERAL                  | % Según Validacion On Line      | A cargo Obra Social menos aporte |
| 33259 | AUTORIZACIONES ESPECIALES GENERAL | AUTORIZACIONES ESPECIALES GENERAL | % Según Validacion On Line      | A cargo Obra Social menos aporte |

## NORMAS DE PRESTACION

- CANTIDADES RECONOCIDAS**

. Planes 15259, 15260, 15261, 15262, 15263, 15264, 18265, 18266:

Hasta 2 productos distintos por receta.

Hasta 2 envases chicos o 1 grande en uno solo de los renglones.

Hasta 5 antibióticos inyec. monodosis.

. Planes 16282, 16316, 16317, 16333, 16334, 16335, 33261 y 33259:

Hasta 1 renglón por comprobante.

Hasta 2 envases chicos o 1 envase grande

. Plan 6319: según lo autorizado.

- TROQUELADO**

Si requiere troquel con código de barras.

- VADEMECUM**

ANDAR CLASICO

ANDAR ESPECIAL

ANDAR PLUS

RESOLUCION 310/04.

- PROHIBICIONES**

Todos los productos fuera de vademécum.

- **DIAGNOSTICO**

Si requiere.

## OBSERVACIONES

- **MODALIDAD OPERATIVA**

### RECORDATORIO:

Los alimentos infantiles en todos los casos deberán constar con la autorización de Auditoría Médica.

El médico deberá prescribir: Droga, Forma Farmacéutica, Concentración, cantidad de unidades y cantidad de envases. En caso de sugerir una marca comercial, debe constar el nombre de la droga pero la forma farmacéutica concentración y cantidad de unidades, puede estar definido en la Indicación del producto sugerido.

### MODALIDAD DE ATENCIÓN PACIENTES CRÓNICOS O PROG. PROCREACIÓN RESPONSABLE

.Planes 16282 y 16317:

Para acceder al Programa de Seguimiento de Patologías Crónicas o al Programa de Procreación Responsable el afiliado deberá presentar su historia clínica en la Obra Social.

La Obra Social autorizará las drogas que estén dentro del Vademécum de la Resolución 310/04.

La Obra Social le entregará al afiliado un comprobante de entrega de medicamentos para pacientes con Patologías Crónicas o para el Programa de Procreación Responsable pre impreso de un solo renglón.

El comprobante de entrega de medicamentos contar de:

- .. Datos del Afiliado.
- .. Fecha de inicio del tratamiento, fecha de entrega y fecha de vencimiento del mismo.
- .. Droga, Forma Farmacéutica, Concentración, Nombre Comercial y Presentación.
- .. Cobertura según el plan.
- .. Datos del Médico Prescriptor.

Cumplidas las etapas señaladas, el afiliado estará habilitado para concurrir a su Farmacia con el comprobante respectivo.

El Farmacéutico deberá firmar, sellar y completar todos los datos que el comprobante exija.

Debe constar firma, aclaración y D.N.I del Paciente o de quien retira los medicamentos.

.Plan 16316: Los requisitos son los mismos que para los planes 16282 y 16317 con la salvedad de que el afiliado deberá presentar en la farmacia receta duplicada para archivar prescripta por el médico más el comprobante respectivo.

.AUTORIZACIONES ESPECIALES (Planes 16333, 16334, 16335, 30506, 30507 y 30508): La Obra social le entregará al afiliado un comprobante de entrega de medicamentos para autorizaciones especiales al 40%, 70% o 100% según corresponda.

### IMPORTANTE: NUEVOS PLANES DE ATENCIÓN CRONICIDAD Y AUTORIZACIONES ESPECIALES

A partir del 08/09/2023 se habilitaron dos nuevos planes de atención: CRÓNICOS GENERAL (Incluye anticonceptivos) y AUTORIZACIONES ESPECIALES GENERAL. Estos nuevos planes coexistirán con los anteriores (entrega de voucher).

A continuación adjuntamos los nuevos modelos de formularios que presentarán los afiliados donde se visualiza en el margen superior izquierdo el plan a utilizar para generar la validación online.

En función al comprobante que presente el afiliado (voucher o nuevo modelo de autorización) la farmacia deberá ingresar al plan que corresponda.

Acondicionamiento especial: SI REQUIERE: Adherir sin superponer: receta + comprobante de validación + ticket no fiscal

**PLAN CRONICO GENERAL**

| FICHAS CONTROL DE DOSIS |                       |                  |            |          |        |        |           |          |          | FEFARA   |
|-------------------------|-----------------------|------------------|------------|----------|--------|--------|-----------|----------|----------|----------|
| <b>CONVENIO</b>         |                       | ANDAR            |            |          |        |        |           |          |          | 06/09/23 |
|                         |                       | Cronicos GENERAL |            |          |        |        |           |          |          |          |
| <b>AFILIADO</b>         |                       |                  |            |          |        |        |           |          |          |          |
| Nombre:                 |                       |                  |            |          |        |        |           |          |          |          |
| Número:                 |                       |                  |            |          |        |        |           |          |          |          |
| <b>CONTROLES</b>        |                       |                  |            |          |        |        |           |          |          |          |
| Id                      | Droga                 | Dosis Diaria     | Días trat. | Producto | % Cob. | Médico | Matrícula | Vigencia | Venc.    |          |
| 56407787                | Latanoprost           | 20 MG            | 180        |          |        |        |           | 06/09/23 | 04/03/24 |          |
| 56407786                | Dorzolamida + Timolol | 20 MG            | 30         |          |        |        |           | 06/09/23 | 06/10/23 |          |
| <b>OBSERVACIONES</b>    |                       |                  |            |          |        |        |           |          |          |          |
| Control                 |                       | Observaciones    |            |          |        |        |           |          |          |          |

**PLAN AUTORIZACIONES ESPECIALES GENERAL**

| FICHAS CONTROL DE DOSIS |                   |                             |            |          |        |        |           |          |          | FEFARA   |
|-------------------------|-------------------|-----------------------------|------------|----------|--------|--------|-----------|----------|----------|----------|
| <b>CONVENIO</b>         |                   | ANDAR                       |            |          |        |        |           |          |          | 06/09/23 |
|                         |                   | Autoriz. Especiales GENERAL |            |          |        |        |           |          |          |          |
| <b>AFILIADO</b>         |                   |                             |            |          |        |        |           |          |          |          |
| Nombre:                 |                   |                             |            |          |        |        |           |          |          |          |
| Número:                 |                   |                             |            |          |        |        |           |          |          |          |
| <b>CONTROLES</b>        |                   |                             |            |          |        |        |           |          |          |          |
| Id                      | Droga             | Dosis Diaria                | Días trat. | Producto | % Cob. | Médico | Matrícula | Vigencia | Venc.    |          |
| 56358374                | Sodio Divalproato | 1620 MG                     | 50         |          | 100    |        |           | 05/09/23 | 25/10/23 |          |
| 56358361                | Midazolam         | 15 MG                       | 30         |          | 100    |        |           | 05/09/23 | 05/10/23 |          |
| 56358362                | Sertralina        | 200 MG                      | 30         |          | 100    |        |           | 05/09/23 | 05/10/23 |          |
| 56358366                | Topiramato        | 100 MG                      | 30         |          | 100    |        |           | 05/09/23 | 05/10/23 |          |
| 56358356                | Quetiapina        | 300 MG                      | 30         |          | 100    |        |           | 05/09/23 | 05/10/23 |          |
| 56358359                | Clonazepam        | 4 MG                        | 30         |          | 100    |        |           | 05/09/23 | 05/10/23 |          |
| <b>OBSERVACIONES</b>    |                   |                             |            |          |        |        |           |          |          |          |
| Control                 |                   | Observaciones               |            |          |        |        |           |          |          |          |

**MODELO DE VOUCHER EXISTENTE HASTA CULMINAR SU VIGENCIA**

| ANDAR<br>COMPROBANTE DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS CRONICOS |                 |                            |             |                                |        |                 |            |                     |      | Nº           |         |
|--|-----------------|----------------------------|-------------|--------------------------------|--------|-----------------|------------|---------------------|------|--------------|---------|
| NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO                           |                 | Nº DE FICHA DE TRATAMIENTO |             | FECHA DE INICIO TRATAMIENTO    |        | Troquel 1       |            |                     |      |              |         |
|  |                 | 0 (985943)                 |             |                                |        |                 |            |                     |      |              |         |
| NUMERO DE AFILIADO                                       | Nº DE DOCUMENTO | CODIGO DE AUTORIZACION     |             | FECHA DE ENTREGA               |        | Troquel 2       |            |                     |      |              |         |
|  |                 |                            |             |                                |        |                 |            |                     |      |              |         |
| DIAGNOSTICO  |                 |                            |             | FECHA DE VENC. COMPROBANTE     |        |                 |            |                     |      |              |         |
| HIPOTIROIDISMO OTRO                                      |                 |                            |             |                                |        |                 |            |                     |      |              |         |
| Droga  | Forma Farm.     | Concen.                    | Cant. Unid. | Envases Nro.                   | Letras | Dosis Dian.Tot. | Días Trat. | Autor.              | Env. | Precio Unit. | Importe |
| LEVOTIROXINA   | COMPRIMIDOS     | MCG 50                     | 50          | 1                              | UNO    | 2500            | 200        | \$2.127,42          |      |              |         |
| T4 MONTPELLIER 50 - 50 mcg comp.x 50                     |                 |                            |             |                                |        |                 |            |                     |      |              |         |
| DATOS DEL PRESCRIPTOR                                    |                 | DATOS DEL AFILIADO         |             | FIRMA Y SELLO DEL FARMACEUTICO |        |                 |            | TOTAL               |      |              |         |
| NOMBRE Y APELLIDO  |                 | FIRMA Y ACLARACION         |             |                                |        |                 |            | A CARGO AFILIADO    |      |              |         |
| MEDICO PRESCRIPTOR                                       |                 |                            |             |                                |        |                 |            | A CARGO OBRA SOCIAL |      |              |         |
| MATRICULA  |                 | DOMICILIO:                 |             |                                |        |                 |            | A CARGO COSEGURO    |      |              |         |
| 80000-0  |                 | DNI/LC/LE:                 |             |                                |        |                 |            |                     |      |              |         |