

**Normas Operativas de Auditoría Técnica**

Última revisión: AGOSTO/24

**Administrativa Facturación de Prestadores de Farmacia**

Fecha de vigencia: 14 de Junio de 2019.-

**1.- REQUISITOS DE LA RECETA**

<p><b>Recetario:</b> PARTICULAR. Desde el 28/8/24 se reconocen como válidas las RECETAS DIGITALES emitidas a través de aplicaciones o plataformas operativas a la fecha hasta que se cumpla el plazo de adaptación de 120 días estipulado, o bien en acuerdo a cualquier directiva sobre este tema que provenga del ReNaPDiS</p> <p><b>Validación y cierre:</b> por OBSERVER</p> <p><b>Cobertura:</b> 40%plan ambulatorio</p>	Fecha de emisión.
	Nombre y Apellido del beneficiario.
	Numero de afiliación..
	Firma y sello del profesional en el que conste claramente su nombre, apellido y número de matrícula.
	Detalle de los medicamentos.
	Cantidades de los medicamentos en números y letras.
<b>Validez de la receta:</b>	<u>Para la venta:</u> 30 (treinta) días corridos a partir de la fecha de prescripción incluyendo la misma.
	<u>Para la presentación:</u> 60 (sesenta) días corridos a partir de la fecha de venta incluyendo la misma.
	Para refacturación: 30 (treinta) días corridos a partir de haberla recibido.
<b>Cantidad de medicamentos:</b>	2 (dos). De distinto principio activo o distinta forma farmacéutica. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 (uno) grande y/o 1 (uno) chico.</li> <li>• 1 (uno) grande y/o 2 (dos) chicos.</li> <li>• 1 (uno) grande y/o 2 (dos) de única presentación</li> </ul>
<b>El consumo máximo de medicamentos por mes es de 10 unidades en total (incluyendo anticonceptivos)</b>	Tamaño no especificado: vender la menor presentación.
	Especifica “grande”: vender la presentación siguiente a la de menor tamaño.
	No se aceptarán los envases denominados “Hospitalarios” o con troquel invalidado.
	<b><u>RECORDAR LA AUDITORÍA MÉDICA SOLO SE REALIZA SOBRE EL PORCENTAJE DE COBERTURA y CANTIDAD DE MEDICAMENTOS. NO SOBRE ERRORES DE PRESCRIPCION.</u></b>

<b>Antibióticos Inyectables:</b>	<p>Monodosis: Hasta 5 (cinco).</p> <p>Multidosis: 1 (una) caja de 5 (cinco) ampollas por receta ò 2 (dos) cajas de 3 (tres) ampollas.</p>
----------------------------------	---

## 2. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO

<b>Deberá cumplimentarse lo siguiente:</b>	<p>Pegar o abrochar el troquel o la solapa identificadora de cada uno de los productos vendidos.</p> <p>Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T. Con firma del afiliado.</p> <p>Importes unitarios y totales (tomar como valor el sugerido por el Manual Farmacéutico), adjuntando el comprobante de validación del Observer. No es necesario enviar el ticket no fiscal.</p> <p>Fecha de expendio.</p> <p>Firma del beneficiario, aclaración y N° de documento.</p> <p>En caso de no concurrir el afiliado, firma del tercero comprador con aclaración, tipo y N° de documento, que debe ser exhibido al momento de realizar la compra.</p> <p>Sello de la farmacia y firma del farmacéutico Director Técnico.</p>
--	---

## 3. GENERICOS

<b>Recetas Prescriptas por la Denominación Genérica de la Droga:</b>	Detalle de los medicamentos prescripto por genérico.
--	--

## 4. ENMIENDAS

<b>Recordar:</b>	<p>Las correcciones y enmiendas a la receta deberán estar salvadas por el profesional Médico con su sello y firma.</p> <p>El farmacéutico podrá salvar errores en los datos del beneficiario en las recetas con su sello y firma, y con conformidad del beneficiario o tercero.</p>
------------------	---

## 5. INCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD

Medicamentos incluidos en el DECRETO 310/2004: Cobertura al 70%. El resto: cobertura 40%

Cobertura de VACUNAS todas incluidas en el KAIROS. Cobertura excepcionales solo con AUDITORÍA MÉDICA.

ANTICONCEPTIVOS : Autoriza hasta 13 cajas por año, por afiliada, de acuerdo a lo que valide Observer

### ANTICONCEPTIVOS 100%

Res. CD N.º 002/17 anticonceptivos hormonales de uso sistémico %100

- etinilestradiol entre 0,015 y 0,035 mgr. combinados con levonorgestrel entre 0,10y 0,30

- gestodeno 0,06/0,75 mgr.
- desorgestrel 0,15 mgr.
- norgestimato 0,25 mgr.
- acetato de ciproterona 2 mgr.
- enantato de noretisterona 50mgr./ valerato de estradiol 0,5 mgr.
- acetato de medroxiprogesterona 25 mgr./ cipionato de estradiol 5mgr.
- dihidroxiprogeterona acetofenido 150 mgr./ estradiol enantato 10 mgr.
- etinilestradiol entre 0,03 y 0,04 mgr. combinado con levonergestrel entre 0,05 y 0,125 mgr.
- gestodeno 0,05-0,1 mgr.
- norgestinato 0,180-,0250 mgr.
- levonorgestrel 0,030 mgr.
- linestrenol 0,5 mgr.
- norgestrel 0,075 mgr.
- acetato de medroxiprogesterona 150 mgr.

**otros anticonceptivos:**

- parches anticonceptivos (porcentaje de cobertura 70%)
- anillos anticonceptivos (porcentaje de cobertura 55%).

**Dispositivo Intra Uterino (DIU)**

- Costo Diu de Cobre (cada dos años). 100%

**Dispositivo de Barrera**

- Preservativos (caja de doce por mes). 100% SIN AUTORIZACIÓN

**6. EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD**

- Medicamentos y/o Productos de Venta Libre.
- Polvos adhesivos, Dentífricos, Colutorios.
- Fórmulas Especiales o artículos para limpiar o fijar dentaduras.
- Jabones (aun los que contengan fórmulas medicamentosas)
- Callicidas.
- Cepillos de todo tipo.
- Productos de perfumería, tocador y belleza.
- Productos para la estética corporal.
- Leches comunes
- Accesorios médicos tales como instrumental de cirugía, jeringas, productos para diagnóstico, termómetros, atomizadores, inhaladores, nebulizadores, aerocamaras.
- Mamaderas, pañales, etc.
- Champúes (aunque sean venta bajo receta), pantallas solares, cremas antiestrías, cremas reductoras.

- Herboristería, Recetas Magistrales y productos Homeopáticos.
- Productos o sustancias alimenticias y dietéticas en general.
- Material radiactivo.
- Medicamentos importados no autorizados por Salud pública.
- Anorexígenos.
- Solventes indoloros (se aceptará su prescripción, sólo acompañado del correspondiente antibiótico)
- Productos de presentación y/o uso hospitalario.

**Los medicamentos mencionados a continuación solo se reconocerán con la previa autorización de Auditoría Médica**

- Productos para el tratamiento del HIV. (ANTIRETROVIRALES)
- Productos para la alimentación parenteral.
- Productos para tratamientos reumáticos. (ANTICUERPOS MONOCLONALES)
- Antihemofílicos.
- Antileucémicos.
- Hemoderivados y sustitutos de la sangre.
- Citostáticos y Oncológicos.
- Insulinas, Tiras Reactivas e Insumos.
- Gammaglobulinas específicas o polivalentes.
- Productos para la difusión sexual masculina (Sildenafil, Tadalafilo).
- Anestésicos generales.
- Leches maternizadas o medicamentosas.
- Productos que contengan ORLISTAT.
- Pantallas Solares.
- Crema con Vitamina A, E Y Alantoina (Dermaglos, Factor AE, Bagovit AE).
- Productos para Fertilidad.
- Productos para contraste radiológico y de diagnóstico.
- Productos Anticoagulantes. (ENOXAPARINA).
- Productos a base de nicotina. Productos con Vareniciclina.
- Todo producto que supere los \$ 70.000 (costo final).



## 7. RECORDATORIO

**“RECORDAR QUE LOS DEBITOS (TROQUEL INVALIDO) NO SON  
REFACTURABLES, SALVO ERRORES INHERENTES A LA AUDITORIA”**

### **DÉBITOS NO REFACTURABLES:**

- Falta de troquel.
- Falta de sello y firma del médico.
- Receta que no esté prescripta por genérico.
- Falta Fecha de prescripción médica.
- Falta Fecha de venta.

### **DEBITOS REFACTURABLES:**

- Falta de Salvedad Médica.
- Datos de Afiliado.
- Falta firma de conformidad del afiliado.