

Fecha de Vigencia: 01/07/2012

Fecha última modificación: 30/01/2024

Última revisión: JUNIO/24

| MEDIFE ASOCIACION CIVIL | | |
|---|--|---|
| 1. AMBITO DE APLICACIÓN: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Todo el país | | |
| 2. DESCUENTOS | | |
| <i>Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor vigente al día del expendio, que figuran en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos.</i> | | |
| Plan: | A cargo del afiliado: | A cargo de la entidad: |
| Ambulatorio | 25%, 30%, 50%, 60% | 40%, 50%, 70%, 75% |
| PMI | 0% | 100% |
| Crónicos | 30% | 70% |
| Ver Detalle de Planes en Anexo 2 | | |
| 3. REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES | | |
| Tipos de recetario: | Convencional con membrete impreso o sello identificatorio en caso de Centros de Atención, Instituciones, Emergencias, Sanatorios u Hospitales | |
| | No se aceptarán recetarios con publicidades salvo que provengan de Hospitales Públicos. | |
| | Se aceptarán recetarios preimpresos por computadora siempre y cuando el sello y firma del profesional prescriptor sea en original. | |
| | No se aceptan fotocopias de recetas. | |
| | Receta electrónica: Estas recetas cuentan con un Número de Receta Electrónica o ID que las identifica. El mismo figura en un código de barras. Estas recetas deben validarse online (Ver punto 8) | |
| 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, Apellido del afiliado y Número de afiliación | |
| | Fecha de emisión de la receta. | |
| | Firma y sello aclaratorio del profesional. (El sello es obligatorio aún figurando las recetas impresas con los datos del profesional). | |
| | Detalle de los medicamentos | |
| | Cantidades de los medicamentos en números y letras | |
| Leyenda <i>Tratamiento Prolongado</i> , si corresponde. | | |
| 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. | |
| <u>RECORDAR QUE LOS DEBITOS SON NO REFACTURABLES, SALVO ERRORES INHERENTES A LA AUDITORIA.</u> | | |
| Cantidad máxima de Medicamentos y de envases por receta: | Tratamiento Normal: Hasta 3 (tres) medicamentos distintos por receta y hasta 1 (uno) envase por renglón. | |
| | Tratamiento Prolongado: Hasta 3 (tres) medicamentos distintos por receta y hasta 2 (dos) envases por renglón. | |
| Contenidos máximos de cada medicamento según su tamaño: | Tamaño especificado: Lo requerido en la receta. | |
| | Tamaño no especificado: Vender la menor presentación. | |
| | Especifica "grande": Vender la presentación siguiente a la de menor tamaño. | |
| Antibióticos inyectables: | <u>Monodosis:</u> hasta 6 (seis) 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 AFILIADO:

| | |
|-------------------|--|
| Deberá presentar: | Credencial de afiliación en vigencia (Ver Anexo 1: Credenciales) |
| | Receta correspondiente. |

5. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:

| | |
|---|--|
| La farmacia deberá cumplimentar lo sgte.: | Pegar con adhesivo o con cinta adhesiva transparente (no abrochar) en la receta 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. |
| | Adjuntar a la receta copia del Ticket Fiscal, Factura o comprobante de venta conteniendo: <ul style="list-style-type: none">• Fecha de dispensación• Detalle de los medicamentos entregados• Cantidades entregadas de cada medicamento prescrito.• Importes unitarios, totales y porcentaje a cargo de la entidad.• Número de autorización emitido por el sistema de validación on line.• Firma, aclaración de firma y número de documento de identidad (el cual deberá ser exhibido) de la persona que retira la receta.• De no poder discriminar en ninguno de los tickets todos estos datos solicitados, será necesario el llenado manual del sello con la transcripción de importes al dorso de la receta, adjuntando también la copia del Ticket Fiscal o comprobante de venta. |
| | Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico al dorso de la receta. |

6. ENMIENDAS:

| | |
|-----------|--|
| Recordar: | 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. VALIDACION ONLINE:

- Todas las recetas de la Entidad deben validarse online por Observer a excepción de aquellas que tengan una autorización de la Entidad, las cuales se dispensaran en forma manual. **Esta excepción no rige para recetas de anticonceptivos ya que las mismas se expendirán exclusivamente contra validación en línea, aceptándose hasta 4 unidades mensuales. Cierre: por IMED.**
- La validación de la receta debe realizarse al momento de la dispensa, estando el sistema de validación habilitado las 24 horas, los 365 días del año.
- 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 online 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.
- Las recetas que por excepción hayan sido dispensadas en forma manual se deberán informar en la Declaración de Dispensa Manual (DDM) provista por el mismo sistema de validación. Estas recetas quedarán sujetas a auditoría posterior una vez que se presenta la receta para su liquidación.
- Recuerde que una receta se considera validada por el sistema de validación cuando, además de haber sido aprobada en línea, la misma se incluya en el cierre de presentación correspondiente. En este cierre de presentación se deberán incluir tanto las recetas validadas y aprobadas en línea como las informadas en la DDM.
- Ante cualquier inconveniente con la validación puede llamar a la Mesa de Ayuda de Imed al **0810-122-7427**. El horario de atención es: de lunes a viernes de 8 a 20 hrs. Y sábados de 9 a 13 hrs.

8. RECETA ELECTRÓNICA:

- El afiliado puede llevar la receta impresa o presentarla en el teléfono.
- Estas recetas cuentan con un Número de Receta Electrónica o ID que las identifica. El mismo figura en un código de barras.
- Todas las recetas electrónicas deben validarse a través del sistema de validación on-line

sin excepción y es indispensable cargar en el sistema el número de receta correspondiente.

- Si usted cuenta con el servicio de “Consulta de Receta Electrónica” provisto por su software podrá ingresar el número de receta y el sistema le devolverá los productos prescriptos para ese afiliado. Si no cuenta con este servicio en su software, puede hacer uso de la “Consulta de Recetas Digitales” en la página web de Farmalink (www.farmalink.com.ar).
- De no contar con la impresión de la receta, deberá adjuntar los troqueles a la copia del ticket fiscal, comprobante de venta o CAD Imed (comprobante de Autorización de Dispensa) para su envío y liquidación. En el ticket/comprobante deberán figurar:
 - ✓ N° de receta electrónica.
 - ✓ N° de autorización on line
 - ✓ N° de afiliado
 - ✓ Descripción de los productos dispensados (marca comercial, cantidad de unidades, porcentaje de cobertura a cargo del afiliado y de la entidad, importes unitarios y totales)
 - ✓ Fecha de dispensa.
 - ✓ Firma, DNI y aclaración del afiliado o tercero interviniente
 - ✓ Sello y firma del director técnico de la farmacia

Se podrán utilizar comprobantes similares al CAD, siempre y cuando contengan todos los datos arriba mencionados (los datos de N° de receta electrónica y N° de autorización on line deberían figurar con códigos de barras).

- La presentación física de las copias de los tickets con sus respectivos troqueles o de la impresión de la receta digital deberá realizarse en los mismos lotes que las recetas manuscritas y bajo las mismas normas y cronogramas de presentación vigentes. Estas recetas digitales se auditarán al igual que las demás recetas, verificando la coincidencia con los registros electrónicos. Las mismas se rigen con la norma operativa vigente.
- Ante cualquier inconveniente con la validación puede llamar a la Mesa de Ayuda de Imed al 0810-122-7427. El horario de atención es: de lunes a viernes de 8 a 20 hs. Y sábados de 9 a 13 hs.

9. AUTORIZACIONES:

Importante:

Por consultas a la presente norma operativa llamar a Farmalink al teléfono (011) 5984-7900 (Opción 1), de lunes a viernes de 09 a 18 hs.

Antes de rechazar cualquier receta, llamar al Centro de Servicios al cliente de Medife: 0800 333 2700. Atención las 24 horas, todos los días.

Consultar listado de auditores habilitados para autorizar medicamentos en Anexo 3.

10. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:

INCLUSIONES:

- Se cubrirán aquellos productos que acepte el sistema de validación online (Imed))

EXCLUSIONES:

- Medicamentos que no fueron autorizados por el sistema de validación online (Imed)
- Recordar que todo medicamento que se encuentre excluido de la cobertura podrá ser dispensado únicamente con una autorización de la entidad. La receta en el momento de la presentación deberá traer adjunta dicha autorización

ANEXOS

Anexo 1 - Modelos de Credenciales Vigentes:



Anexo 2: Detalle de Planes y Descuentos.

| Plan | Cobertura |
|------------------------------|--------------------------------|
| AZUL | 40% |
| VERDE | 40% |
| BLANCO | 40% |
| M40 | 40% |
| M40 APS | 40% |
| 30 – MF101 – 21GR1 | 40% |
| 31 – 35 – 910 | 40% |
| 31 I – 31 C | 40% |
| 31 IC – 35 GR | 40% |
| MEDIFE FIAT | (En farmacias contratadas) 75% |
| MEDIFE AC CONCERT | 50% |
| ORO | 40% |
| PLATA | 40% |
| BRONCE | 40% |
| TITANIO | 40% |
| COBRE | 40% |
| NIQUEL | 40% |
| PLATINUM | 40% |
| PLATINUM (Convenio Especial) | 70% |

Otras coberturas:

PLAN MATERNO INFANTIL (PMI)

100% de cobertura con credencial PMI vigente, con o sin recetarios propios.

Anexo 3: Listado de auditores habilitados para autorizar medicamentos

| |
|-------------------------|
| Dr. Coppolillo Fernando |
| Dr Orsei Sebastian |
| Dra. Montero Virginia |
| Maria Pia Aquino, |

Anexo 4: Modelos de receta electrónica

Medifé 

Ya sea de forma digital o impresa, con esta orden podés adquirir tu medicación en cualquier farmacia adherida a la Red Medifé.

Receta Número: 
9 8 0 0 0 0 0 0 1 2 7 1

Afiliado Número: 

Fecha de prescripción: 15/10/2018

Datos del paciente:
Obra social: MEDIFE
Nro afiliado: 
Plan: PLATA

Medicamentos:
• Befol flex (biotenk) - diclofenac+pridinol - comp.rec.x 10 | Cantidad de envases: 1 | Indicaciones: indicaciones

Diagnóstico:
diagn

Médico:
Medico Medife
Matrícula: MN 123123

Medifé Nro. de Receta 6036570975975 Fecha 27/04/2020


9036570975975


1000000000000

Dra. Matrícula: Nacional
MEDIFE
Alberdi 3541 Ciudad Autónoma de Bs. As.

PACIENTE:
Obra social: Medife No. Afiliado:  Plan:

MEDICAMENTOS
KALA
comp.rec.x 28
(drosipirenona + etinestradol)
Envases: 3 (Tres)
T. Prolongado.

DIAGNÓSTICO:
ASISTENCIA PARA LA ANTONCONCEPCION, NO ESPECIFICADA

Con esta receta (digital o impresa) podés adquirir tu medicación en cualquier farmacia adherida al sistema de validación de Receta Digital.

Receta Número: 
9 9 0 0 0 0 0 0 1 4 7 6

Afiliado Número: 

CODIGO DE ATENCION: 1404713

Fecha: 20/01/2021

Datos del paciente:

Financiador: MEDIFE

Nro afiliado:

Medicamentos:

- Levotiroxina gsk (glaxosmithkline) - levotiroxina (88mcg) - 88 mcg comp.x.50 | Cantidad de envases: 2 | Indicaciones: 1 por día (Tratamiento Prolongado)

Diagnóstico:

hipotiroidismo, tratamiento prolongado

Profesional:

Jacqueline Castillo
Matrícula: MN 133168
ENDOCRINOLOGÍA



Receta Médica

→ Nombre completo: xxxxx xxxxxxxx
→ Diagnóstico: CARV Elevación de la presión arterial (329)
→ Fecha de prescripción: 2020-07-22
→ Obra Social: MEDIFE-Emergencia covid 19
→ Número de afiliado: 0000000000001

| Cantidad | Producto | Presentación | Droga |
|----------|------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| 1 | losacor | 50 mg comp.rec.x.30 losartan 50 mg | |
| 1 | antiticoaritmico | Expend.comp.mast.x | famotidina + calcio,carbon, + |
| 1 | mylanta extra | 96 | asoc. |
| 1 | antiacido | 20 mg capsul.x.30 | omeprazol 20 mg |

Número de receta

Número de afiliado



9200721036628



Médico: ELENA MARIA ZEVALLOS PASTORINI

Matrícula número: 82260

Contacto: info@uma-health.com - 0800-888-3637

Dirección: Melián 2752

RECETA DE EMERGENCIA COVID-19

CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRI PAL 2024

NORMAS OPERATIVAS FARMALINK



Por medio de la presente le informamos como proceder con la **Campaña de Vacunación Antigripal** que se estará llevando a cabo desde el **22 de abril hasta el 31 de julio de 2024**.

1- Criterios de cobertura según grupos de riesgo

| | Afiliado en grupo de riesgo (Anexo 1) |
|-------------------------|---|
| % cobertura | 100% |
| Receta: no se requiere | Los niños menores de 2 años, los adultos de 65 o más años y personas que se encuentren empadronadas en la campaña bajo el código G (ATG) NO requerirán receta |
| Autorización médica | No se requiere autorización |
| Aplicación de la vacuna | En farmacias podría cobrarse la aplicación |
| Requisitos | Credencial y documento que acredite identidad |

1. Grupos de afiliados entre los 2 y los 64 años que NO pertenecen a grupos de riesgo:

Tienen el beneficio de cobertura con el porcentaje de descuento según plan. **No Requieren receta, se deberá efectuar la validación on line (sin excepción)**
Informamos que en los casos donde no se requiere receta , para validar por IMED deberá utilizarse el código de prescriptor MN 11111111 "Medico Genérico"

2. Facturación: Para la facturación las farmacias deberán presentar ticket fiscal con N° y nombre del afiliado, troquel y comprobante de aplicación firmado por el socio.

3. Padrón: En el padrón de afiliados se han marcado aquellos socios con beneficio de cobertura del 100% con la **letra G**.

Anexo 1. Condiciones para cobertura 100%

1. Embarazadas en cualquier trimestre de la gestación
2. Puérperas hasta el egreso de la maternidad, máximo 10 días después del parto si no recibió la vacuna durante el embarazo
(Hay que considerar que el momento fundamental de vacunación es durante el embarazo para proteger a la madre y al bebe a través del pasaje de anticuerpos por la placenta)
3. Personas mayores de 65 años
4. Niños mayores de 6 a 24 meses (deben recibir 2 dosis separadas de al menos 4 semanas)
5. Trabajadores de la salud
6. Personas mayores de 2 años y hasta los 64 años inclusive que presenten alguna de las siguientes condiciones:

■ Enfermedades respiratorias:

- a) Enfermedad respiratoria crónica (hernia diafragmática, EPOC, Enfisema Congénito, displasia broncopulmonar, traqueostomizados crónicos, bronquiectasias, fibrosis quística, etc).
- b) Asma moderado y grave

■ Enfermedades cardíacas:

- a) Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatía
- b) Cardiopatías congénitas

■ Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas

- a) Infección por VIH.
- b) Utilización de medicación inmunosupresora o corticoides a altas dosis (mayor a 2 mg/kg/día de metilprednisona o más de 20 mg/día o su equivalente por más de 14 días)
- c) Inmunodeficiencia congénita
- d) Asplenia funcional o anatómica
- e) Desnutrición severa

■ Pacientes Onco-hematológicos y trasplantados

- a) Tumor de órgano sólido en tratamiento
- b) Enfermedad onco-hematológica hasta 6 meses posteriores a la remisión completa
- c) Trasplantados de órganos sólidos o tejido hematopoyético

■ Otros

- a) Obesos con IMC mayor a 40
- b) Diabéticos
- c) Insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes 6 meses
- d) Retraso madurativo severo en menores de 18 años de vida
- e) Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas graves
- f) Tratamiento crónico con ácido acetil salicílico en menores de 18 años
- g) Convivientes o contactos estrechos de enfermos onco-hematológicos
- h) Contactos estrechos con niños menores de 6 meses (convivientes, en cuidadores jardines maternas).
Convivientes de bebés prematuros menores de 1.500 g.



IMPORTANTE

DDM – Carga de Productos varios

Estimados:

Debido a las consultas recibidas sobre cómo realizar la carga de recetas en la Declaración de la Dispensa Manual cuando los productos dispensados son pañales, medicamentos preparados en base a fórmulas magistrales, descartables o que ya no existen en el mercado, hemos elaborado una tabla en la que encontrarán los códigos a utilizar en cada caso.

Los códigos son los siguientes:

| Código Alternativo | Código de Barra o Troquel | Descripción |
|--------------------|---------------------------|----------------------|
| 88032 | 7788032 | Pañales |
| 99010 | 7799010 | Fórmula Magistral |
| 88888 | 7788888 | Descartables |
| 88999 | 7788999 | Producto Inexistente |

Ante cualquier inquietud, no dude en contactarnos al 0810-333-0000 (Centro de Llamadas Farmalink) o a la Mesa de Ayuda de IMED al 0810-122-7427.

Saludos cordiales,

FARMALINK S.A.