

# 6200 JERARQUICOS SALUD

## PERS.JERARQUICO BANCOS OFIC NACIONALES

Fecha de vigencia: 01/04/24

Última revisión: Febrero/25

### DATOS GENERALES

**• AUTORIZACION ON LINE Y CIERRE: POR OBSERVER**

.Todos los planes.

.Se deberá cargar el número que figura en la credencial a partir del primer .digito distinto de cero.

.Ej: Credencial: 30334 03

Cargar: 3033403

. Credencial: 00313 01

Cargar: 31301

### TICKET DE VENTA

**• TICKET DE VENTA**

.Se debe adjuntar copia del ticket fiscal de venta o minireceta a c/receta.

.De no tener copia del ticket, transcribir en la parte superior derecha de

.la receta el N° de ticket fiscal.

### RECETARIO

**• TIPO**

.Oficial o particular.

.Plan Materno Infantil: Oficial o particular, completa con los datos del .afiliado.

.Cremas Dermatológicas: Recetario obligatorio par Cremas (voucher)

.Autorizaciones Especiales: Formulario de Autorización especial + receta.

.En todos los casos **se aceptarán las Recetas Originales y electrónicas, con .firma ológrafa del profesional.** Es importante aclarar que está permitido

.que las prescripciones médicas incluyan contenido escrito en formato

.digital, pero en todos los casos la firma deberá ser ológrafa -realizada

de .puño y letra por el profesional firmante- y además estar acompañada del

.sello correspondiente. **(VER OBSERVACIONES AL FINAL)****• VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION**

.30 días.

.Plan de Autorizaciones Especiales: 30 días desde la fecha de prescripción. **.NO se cuentan los 30 días a partir de la fecha de autorización.**

### BENEFICIARIO

**• DATOS DEL AFILIADO**

.Todos los de la credencial.

**• ACREDITACION**

.Credencial física o Virtual

.Carnet de Cobertura Madre.

.Carnet de Cobertura Niño menor a 1 año.

.Certificado Provisorio de Afiliación

.Documento de Identidad.

# 6200 JERARQUICOS SALUD

## PERS.JERARQUICO BANCOS OFIC NACIONALES

Fecha de vigencia: 01/04/24

NRO.: 35

### COBERTURAS

- **PLANES DE ATENCION**

- .01 PLAN GENERAL Cobertura según online
- .11 AUTORIZACIONES ESPECIALES S/Aut. Previa O.Soc.

### NORMAS DE PRESTACION

- **CANTIDADES RECONOCIDAS**

- .Hasta 3 productos distintos por receta.
- .Hasta 1 envase por renglón.
- .Hasta 5 antibióticos inyec.monodosis (m s de 2 se consideran tamaño grande)
- .Hasta 1 antibiótico inyec.multidosis (se considera tamaño grande).
- .Autorizaciones Especiales: según lo autorizado.

- **TROQUELADO**

- .Si requiere troquel con código de barra.

- **VADEMECUM**

- .Ambulatorio
- .Plan Materno
- .Plan Infantil

- **PROHIBICIONES**

- .Listado de exclusiones

- **RECONOCIMIENTOS**

- .Ley Provincial de reemplazo por Genérico.

- **DIAGNOSTICO**

- .Si requiere.

### OBSERVACIONES

- **MODALIDAD DE FACTURACION**

- . **PLAN GENERAL:** se deberá realizar la autorización on line antes de facturar, ya que el sistema online devolverá la cobertura correspondiente según condición del afiliado.
- .En el caso de cremas dermatológicas el afiliado deberá presentar el voucher otorgado por Jerárquicos Salud, el mismo contará con firma y sello del profesional y un **tilde en el producto que requiera el afiliado.**
- .**Validar en el Plan General.**
- .**AUTORIZACIONES ESPECIALES:** con descuentos del 70% y 100%: Estas recetas, para recibir la cobertura de la Obra Social se deberán presentar del siguiente modo: receta original y fax de la Obras Social con logo Jerárquico Salud y detalle de lo autorizado. Verificar que la fecha de prescripción de la receta coincida con la fecha de prescripción que se encuentra en la autorización.
- .**IMPORTANTE:** Para realizar la validación online de estas recetas, deberá ingresar en el número de recetario, el **Número de Expediente de Autorización de Medicamentos.**

# 6200 JERARQUICOS SALUD

## PERS.JERARQUICO BANCOS OFIC NACIONALES

Fecha de vigencia: 01/04/24

NRO.: 35

### • RECORDATORIO

- .En las recetas debe constar: nombre y apellido del afiliado, n° de afiliado, fecha de prescripción, firma y sello con n° de matrícula del profesional. Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra.
- .Sello de la farmacia y firma del farmacéutico.
- .En caso de que el número de afiliado esté incompleto, el Farmacéutico/a puede aclarar este concepto escribiendo el dato correcto con puño y letra, firmado y sellado. Es muy importante que cuente también con la firma del afiliado de Jerárquicos Salud avalando la corrección.
- .De no contar la corrección con ambas firmas será motivo de débito
- .Adjuntar ticket on line completo con los datos del afiliado, firma del afiliado y/o tercero que retira la medicación.
- .LEY DEL GENERICO: Los medicamentos deben estar prescritos por genérico. Los siguientes medicamentos se encuentran condicionados a auditoria y autorización previa por nombre comercial:
  - .ENBREL 25mg f.a.x 4
  - .HUMIRA jga.prell.x2 x 0,8 ml
  - .REMICADE 100 mg IV liof.f.a.x 1
  - .CUPRIMINE caps.x 100
  - .CUPRIPEN 250 mg caps.x 30
- .Las Leches Maternizadas y Medicamentosas solamente tendrán cobertura en los casos en que el socio presente receta y autorización emitida por auditoria de Jerárquicos Salud.
- .Para la Refacturación de recetas devueltas, deberá adjuntarse carátula con el motivo por el cual se generó dicho débito.
- .ENMIENDAS: Toda tachadura, enmienda o raspadura deberá ser salvada por el profesional emisor, indicando al dorso de la receta el dato correcto, refrendando el mismo con firma y sello.

### OBSERVACIONES: (Febrero/25)

Informamos que las prescripciones del Convenio Jerárquico Salud realizadas en la plataforma MisRx, se deben imprimir y cargar en forma manual. No es requisito contener firma ológrafa y sello del profesional.

En los casos de las prescripciones realizadas en otras plataformas diferentes a MisRx, si es requisito contener firma ológrafa y sello del profesional.