



## ANEXO II

### NOMBRE DE LA ASOCIACIÓN: APOPS

#### 1. AMBITO DE APLICACIÓN:

• Provincia del Neuquén

#### 2. DESCUENTOS:

Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor vigente y actualizado al día del expendio, que figuran en el Manual Farmacéutico o Kairos: ES COSEGURO DE OBRAS SOCIALES VARIAS

Plan :	A cargo del afiliado:	A cargo de la entidad:
Ambulatorio	XX% (depende de la cobertura de la obra social principal)	35%

#### 3. REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES

<b>I-Recetario:</b>	Se acepta todo tipo de recetarios, con ó sin membrete del médico y/o instituciones, con o sin propaganda médica, con firma y sello del médico en original ó digital.
	Se aceptarán recetarios preimpresos por computadora siempre y cuando el sello y firma del profesional prescriptor sea en original ó digital Recetas Digitales
<b>II-Datos contenidos en la receta ORIGINAL (que quedará para la OBRA SOCIAL PRINCIPAL):</b>	Denominación de la entidad
	Nombre, Apellido del afiliado y Número de afiliado
	Fecha de emisión de la receta
	Firma y sello aclaratorio del profesional, en original ó formato digital
	Detalle de los medicamentos, descripto NOMBRE GENÉRICO y/o COMERCIAL - Se aceptará la sustitución por genérico sin autorización previa, solo con el consentimiento del paciente
	Cantidades de los medicamentos en números y/o letras. En caso de omisión se interpretará la unidad.

#### 4. REQUISITOS DEL AFILIADO:

**Deberá presentar:** La afiliación se constatará de manera online en el momento de la dispensa.

#### 5. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:

<b>La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:</b>	Solo presentará el ticket fiscal que indique cobertura del 35% a cargo de APOPS, firmado por el asociado. Adjuntar a la receta Copia del Ticket Fiscal o Factura conteniendo: <ul style="list-style-type: none"><li>• Fecha de dispensación</li><li>• Detalle de los medicamentos entregados</li><li>• Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto</li><li>• Importes unitarios, totales y porcentaje a cargo de la entidad</li><li>• Firma, aclaración de firma y número de documento de identidad de la persona que retira la medicación en receta y/o comprobante de validación y/o ticket</li></ul>
--	---

#### 6. VALIDACIÓN :

La validación se realizará por el validador OBSERVER tomando como referencia el DNI del afiliado. 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.)

Toda transacción on line aprobada, será abonada por parte la obra social. En caso de no entrega , deberá ser cancelada por la farmacia.

Cada validación arrojará un Código de autorización.

#### 7. RECETA DIGITAL

El afiliado puede llevar la receta impresa ó presentarla en el teléfono  
Deberán validarse por el sistema on line

#### 8. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:

**INCLUSIONES:**

**EXCLUSIONES:**

ACM

LEONARDO R. FARRE  
Sup. Gen.  
A.P.O.P.



• Se cubrirán aquellos productos que se encuentran reconocidos con cobertura por parte de la obra social principal, y sean validados por el sistema de validación ó autorizados por la obra social (excepcionalmente)

• Medicamentos que no sean reconocidos por la obra social principal

**9. MOTIVOS DE DÉBITO**

Los débitos únicamente aplicados en caso de que la afiliación sea inexistente ó que el medicamento no sea cubierto por la obra social  
Todos los débitos serán refacturables, excepto aquellos cuyo producto no esté contemplado en el vademecúm de la obra social, ó el afiliado

**DETALLE DE LAS CREDENCIALES**

(Adjuntar fotos)

*[Handwritten signatures]*

FIRMA CERTIFICADA EN SELLADO DE CERTIFICACIÓN DE FIRMA.  
Nº 02056784

*[Handwritten signature]*

E.D.  
**EDUARDO DAVEL**  
Escribano Titular  
REGISTRO Nº 15 - Neuquén

*[Handwritten signature]*  
**LEONARDO R. FABRE**  
Sec. General  
A.P.O.P.S.