

Anexo III - Normas operativas para Red de Farmacias: Vigencia Noviembre de 2008
Atención de Beneficiarios Construir Salud

| | Afiliados Obligatorios | Afiliados Monotributistas | Plan de Salud de Trabajadores Independientes (PSTI o ADH) |
|---|--|--|---|
| 1. Identificación del afiliado | Ultimo recibo de Haberes percibido | <u>Titular Monotributista:</u> Constancia de Pago de Monotributo del mes en curso <u>Grupo familiar del Monotributista:</u> Además debe presentar el ticket de pago por grupo familiar. <u>Empleado de Monotributista o Empleada doméstica:</u> Constancia de pago del empleador correspondiente al mes anterior. | Recibo o comprobante de pago con membrete de CONSTRUIR SALUD del mes en curso |
| | Documento de Identidad (DNI, LC, LE) | Documento de Identidad (DNI, LC, LE) | |
| | No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada. | | |
| 2. Descuento: (válidos únicamente para pacientes ambulatorios) | General: 40% 70%- PMI y PMO 100% | | |
| 3. Recetarios Válidos | Oficial de Construir Salud, color Blanco | Oficial de Construir Salud, color Blanco con la sigla MON o ADH | |
| | No Oficial: De Prestadores externos de Construir Salud y de Prestadores Públicos | | |
| | No Oficial: De Servicios de Atención Domiciliaria | | |
| Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta | <ul style="list-style-type: none">DNI del paciente, Nombre y Apellido completos (si no figuran o hubiera errores, la farmacia no está autorizada a rectificar estos datos), LE o cualquier otro dato identificadorioCUIL o CUIT del titular del grupo familiarSexo y edad del beneficiario (no excluyente)Medicamentos recetados y cantidad de cada uno, en números y letrasFirma y sello con el número de matrícula del profesionalFecha de prescripciónRecetarios prescritos por Monodroga pudiendo contener marca sugerida dentro del Vademécum.Figurar los Nombres “O.S.P.E.C.O.N” y/o “CONSTRUIR SALUD” | | |
| | Código de medicación (no excluyente) | Número de Bono de consulta (no excluyente) | |
| | No requiere diagnóstico | No requiere diagnóstico | |
| Afiliado menor de un año | <u>Las recetas de asociados menores de un año que aún no poseen DNI, deben aceptarse cuando estén confeccionadas del siguiente modo:</u> <ul style="list-style-type: none">El espacio designado como Documento del Beneficiario debe estar en blanco.En el reverso, la receta debe estar salvada y sellada por el profesional con la leyenda “Recién nacido sin documento”. | | |

Anexo III - Normas operativas para Red de Farmacias: Vigencia Noviembre de 2008
Atención de Beneficiarios Construir Salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4. Validez de la receta | <p align="center"><u>Para la farmacia:</u> 30 días corridos desde "su" fecha de emisión. <u>Para la presentación a la Mandataria:</u> 60 días corridos a partir de la fecha de venta.</p> | | |
| 5. Prescripción Médica | <p>Prescripción de acuerdo a Ley 25.649 teniendo en cuenta los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La receta podrá contener una prescripción médica con D.C.I. + marca sugerida. ○ La dispensa deberá coincidir con lo prescripto por el profesional médico. ○ No podrá tener sugerencia de marca que esté Fuera del Vademécum. ○ En caso de venir por prescripción genérica podrá dispensarse cualquier marca dentro del vademécum. | | |
| Límites de cantidades | <ul style="list-style-type: none"> • <u>Especialidades por receta:</u> 2 (Dos) • <u>Envases por Especialidad:</u> GRANDE 1 (Uno) CHICO 2 (Dos) <p>En caso de requerir mayo cantidad de envases para algún tipo de tratamiento el médico podrá solicitarlo pero siempre indicando en la receta "TRATAMIENTO PROLONGADO"</p> | | |
| Psicofármacos | <p align="center">El profesional debe confeccionar además los duplicados o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia.</p> | | |
| Otras especificaciones | <table border="0"> <tr> <td> <p align="center"><u>Cuando el médico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • No especifica cantidades • Sólo indica "grande" • Equivoca la cantidad y/o contenido </td><td> <p align="center"><u>Debe entregarse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El envase de menor contenido. • La presentación siguiente a la menor. • El tamaño inmediato inferior al indicado. </td></tr> </table> <p align="center">Por cambios de presentación (cantidad de comprimidos o ml) o de dosis se reconocerá siempre la menor. Antibióticos Inyectables: Monodosis: hasta 5 ampollas individuales (*) Psicotrópicos: Lista II (debe constar la receta oficial de Salud Pública según jurisdicción, Lista III y IV (recetario oficial por duplicado) (*) sujeto a auditoria médica previa según patología.</p> | <p align="center"><u>Cuando el médico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • No especifica cantidades • Sólo indica "grande" • Equivoca la cantidad y/o contenido | <p align="center"><u>Debe entregarse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El envase de menor contenido. • La presentación siguiente a la menor. • El tamaño inmediato inferior al indicado. |
| <p align="center"><u>Cuando el médico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • No especifica cantidades • Sólo indica "grande" • Equivoca la cantidad y/o contenido | <p align="center"><u>Debe entregarse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • El envase de menor contenido. • La presentación siguiente a la menor. • El tamaño inmediato inferior al indicado. | | |
| 6. P.M.I | <u>Plan Materno Infantil</u> | | |
| Recetario: | <ul style="list-style-type: none"> • De la entidad (según muestra y de color rosa) o recetario del prestador de Construir Salud. Debe figurar la fecha probable de parto o la fecha de nacimiento. NO es válido ningún otro dato sustituto como por ej.: "20 semanas de gestación" (la farmacia no se encuentra autorizada a completar este dato). | | |
| Tiempo de cobertura | <ul style="list-style-type: none"> • Madre: Durante el embarazo y hasta los 30 días posteriores a la fecha de parto. • Niño: Hasta el primer año de vida. | | |
| 7. Recetas no válidas | <ul style="list-style-type: none"> • OSPECON no reconocerá como válidas aquellas recetas donde dichos datos no sean claramente legibles en su totalidad. • Los datos antedichos deberán ser completados en todos los casos, de puño y letra por el profesional prescriptor, sin enmiendas ni tachaduras, salvo que las mismas hayan sido convalidadas al reverso del recetario (con firma y sello correspondientes). Todos los casilleros deben estar completos. • No se aceptaran en ningún caso presentaciones HOSPITALARIAS o SIN TROQUEL | | |
| 8. Recetas mixtas | <p>No deben aplicarse descuentos diferentes en una misma receta. Las prescripciones de productos con porcentajes diferentes de descuento deben aplicarse en recetas separadas.</p> | | |

Anexo III - Normas operativas para Red de Farmacias: Vigencia Noviembre de 2008
Atención de Beneficiarios Construir Salud

| | |
|---|---|
| 9. Datos a completar por la farmacia | <ul style="list-style-type: none">• Fecha de venta• Precios unitarios y totales• Sello de la farmacia y firma del farmacéutico/a• Firma y aclaración de quien retira los medicamentos• Número de código de la farmacia (solicitarlo a la Mandataria)• Enmiendas: toda enmienda, raspadura o tachadura será salvado por el profesional actuante que corresponda con sello y firma |
| | <p><u>Autorizaciones:</u> Para todos aquellos medicamentos que no figuran en el Vademécum Construir Salud Vigencia Noviembre 2008. Antes de rechazar la dispensa de un medicamento, ante la duda consultar con la Auditoria de la Mandataria</p> |

Anexo III - Normas operativas para Red de Farmacias: Vigencia Noviembre de 2008
Atención de Beneficiarios Construir Salud

10. Listado de drogas excluidas

- Eritropoyetina
- Drogas inherentes a la hemodiálisis: vitaminas, antihipertensivos, etc.
- Drogas oncológicas y no oncológicas de uso en protocolos oncológicos-Ondacetrón en vómitos agudos inducidos por quimioterapia
- Interferon-Copolímero
- Interferon
- Gestrinona, Danazol, Anovulatorios orales, y/o gestágenos
- Teicoplanina
- Factores estimulantes de colonias granulocíticas.
- Dnasa
- Riluzole
- Factor VIII y Antihemofílicos
- Somatotrofina
- Octreotida
- Cerezyme
- Medicación antiHIV, antiSIDA y para infecciones intercurrentes
- Mestinon (piridostigmina)
- Tobramicina aerosolizada
- Medicación inherente a la discapacidad con cobertura 100% según PMO
- Medicación inherente al transplantado con cobertura 100% según PMO
- Medicación inherente para pacientes con cuidados paliativos con cobertura 100% según PMO
- Inmunosupresores
- Drogas para pacientes internados
- Drogas catástrofe
- Productos sin troquel
- Productos de venta libre
- Productos de perfumería, cosmética y dermatocósmica
- Productos de uso exclusivo en internación
- Accesorios (material descartable de curaciones, tiras reactivas, etc.)
- Tratamientos para la disfunción sexual masculina con sildenafil, alprostadil, fentolamina
- Productos dietéticos alimenticios
- Productos que regulan el peso corporal (anorexígenos, adelgazantes, anabólicos)
- Productos con ginseng o ginkgo biloba.
- Reconstituyentes y nutrientes.
- Leches maternizadas

Anexo III - Normas operativas para Red de Farmacias: Vigencia Noviembre de 2008
Atención de Beneficiarios Construir Salud

| | |
|---|---|
| 12. Presentación y forma de liquidación a presentar por farmacia | <p>La farmacia deberá confeccionar mensualmente una liquidación a presentar en SM LAFKEN SA, sito en la calle Lima Nro. 355 Piso 7mo, Dpto. "H" CP 1073 de Ciudad de Buenos Aires. Podrán ser enviadas personalmente a dicho domicilio o enviadas por correo, únicamente del 1º al 5 de cada mes.</p> <p>Dicha liquidación deberá contener:</p> <ul style="list-style-type: none">a- Cantidad de recetas según coberturab- Nombre y apellido de los afiliados atendidosc- Número de credencial y DNId- Troqueles que se ajusten a lo siguiente:<ul style="list-style-type: none">• Encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencia o marca de sustancias adhesivas).• Sin signos de desgaste del material (en todo o parte del troquel) o del color de la impresión.• Sin impresiones gomígrafas mediante sellos de cualquier tipo o leyendas legibles o no.• Sin diferencias en tamaño, grosor y/o color del troquel, para un mismo producto, presentación y lote.• No deberán presentar cualquier otro signo que otorgue carácter dudoso del troquel.e- Comprobantes de venta emitidos (este criterio está amparado por la Resolución General 4104 de la AFIP) :<ul style="list-style-type: none">• El ticket fiscal propiamente dicho.• El documento no fiscal homologado• El dupli o triplicado del ticket fiscal, que es idéntico al original pero con una leyenda de fondo que dice "NO FISCAL"• Facturas A, B o C |
| 13. Gestiones Farmacia y Auditoria | <p>Cualquier tipo de gestión, relacionada a la ejecución del presente contrato, se deberá gestionar en forma directa con SM LAFKEN SA, habilitando a este fin las siguientes líneas telefónicas: (011) 5031-1999 int. 123 y 124 o vía e-mail a sbancalari@lafken.com o ereguera@lafken.com</p> <p>Antes de rechazar alguna receta por cualquier inconveniente, la farmacia consultará al Departamento de Auditoria; TEL: (011) 5031-1999 Int. 131 E - Mail: smunte@lafken.com</p> <p style="text-align: center;">Horario de Atención: L a V de 9 a 18 Hs.</p> |

| | | | |
|--|---------------------|------|------|
| O.S.Pe.Con. | MON. | DOM. | ADH. |
| CD | PMI - FPP/FN: _____ | | |
| Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> | | | |

Apellido y Nombre: _____

D.N.I.: _____

CUIL Titular: _____

Rp/

Dx:

FECHA

FIRMA Y SELLO