

Anexo Único Res. C.D.022/2019

Normas Operativas de Auditoría Técnica Administrativa

Facturación de Prestadores de Farmacia

Cobertura: 40%. Rige a partir del 07/03/2024

Fecha de vigencia: 14 de Junio de 2019.-

1.- REQUISITOS DE LA RECETA

Recetario:	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.
Validez de la receta:	Para la venta: 30 (treinta) días corridos a partir de la fecha de prescripción incluyendo la misma.
	Para la presentación: 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.
Cantidad de medicamentos:	2 (dos). De distinto principio activo o distinta forma farmacéutica. <ul style="list-style-type: none"> • 1 (uno) grande y/o 1 (uno) chico. • 1 (uno) grande y/o 2 (dos) chicos. • 1 (uno) grande y/o 2 (dos) de única presentación (excepto anticonceptivos 1 (uno) por mes).
	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.
	<u>RECORDAR LA AUDITORÍA MÉDICA SOLO SE REALIZA SOBRE EL PORCENTAJE DE COBERTURA y CANTIDAD DE MEDICAMENTOS. NO SOBRE ERRORES DE PRESCRIPCIÓN.</u>



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

2. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO

Deberá cumplimentarse lo siguiente:	Pegar o abrochar el troquel o la solapa identificadora de cada uno de los productos vendidos.
	Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T. Con firma del afiliado.
	Importes unitarios y totales (tomar como valor el sugerido por el Manual Farmacéutico), adjuntar comprobante de venta legible cumpliendo con las Normas Legales vigentes.
	Fecha de expendio.
	Firma del beneficiario, aclaración y N° de documento.
	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.
	Sello de la farmacia y firma del farmacéutico Director Técnico.

3. GENERICOS

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

4. ENMIENDAS

Recordar:	Las correcciones y enmiendas a la receta deberán estar salvadas por el profesional Médico con su sello y firma.
	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.

5. INCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD

Medicamentos incluidos en el DECRETO 310/2004 Cobertura al 70% el resto cobertura 55%.

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

ANTICONCEPTIVOS (1 UNO POR MES)

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 mgr.

- 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 Alantoína (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 \$50.000(costo final)A partir del 26/02/24 todo medicamento que supere este monto de cincuenta mil pesos, requiere la autorización de la Auditoría Médica de SOSUNC.

7. RECORDATORIO

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

DÉBITOS NO REFACTURABLES:

- Falta de troquel.
- Afiliado en estado pasivo (solicitar carnet).
- Falta de sello y firma del médico.
- Receta que no esté prescrita por genérico.
- Fecha de prescripción médica.
- Fecha de venta.

DEBITOS REFACTURABLES:

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

LA PRESENTE NORMA ANULA TODA ANTERIOR QUE SE CONTRAPONGA A LA MISMA


Amelia Tomasa TARIFEÑO
SECRETARIA
Consejo Directivo
S.O.S.U.N.C.


Laura Soledad LAMFRE
PRESIDENTE
Consejo Directivo
S.O.S.U.N.C.

Neuquén, 18 de junio de 2019.

A

FARMACIAS PRESTADORAS:

Presente

Nota N° 00/2019 Res.C.D.022 /2019 "Recetario Común"

Tenemos el agrado de dirigirnos a Uds. a los efectos de comunicarles que a partir del 14 de junio de 2019, SOSUNC se dejará de emitir los recetarios propios que se adjuntaban a las órdenes de consulta.

En tal sentido, los médicos podrán prescribir los medicamentos a nuestros afiliados en un "recetario común", para lo cual deberá constar lo siguiente:

1. Apellido y Nombre del paciente;
2. Datos filiatorios: Obra Social y número de afiliado;
3. Firma y sello del profesional en el que conste de manera clara el nombre, apellido y matrícula;
4. Detalle de las monodrogas y cantidad en número y letras;
5. Cantidad de medicamentos distintos por receta: se mantienen 2 (dos) medicamentos por receta, de diferentes principios activos o distinta forma farmacéutica.
6. Fecha de emisión.

Las demás Normas Operativas se detallan en el Anexo Único de la Resolución adjunta.

Cordialmente.-



Amelia Tomasa TARIFEÑO
SECRETARIA
Consejo Directivo
S.O.S.U.N.C.