

Fecha de Vigencia: 02/01/2019

MPN - MEDICAMENTOS DE PRIMER NIVEL		
1. AMBITO DE APLICACIÓN:		
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Todo el País</i> 		
2. DESCUENTOS		
<i>Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor vigente al día del expendio e informados por el validado on-line.</i>		
Plan:	A cargo del afiliado:	A cargo de la entidad:
Plan A (Entidad 7100)	60% - 50% - 30%	40% - 50% - 70% (según banda terapéutica)
Plan J (Entidad 7101)	60% - 50% - 30%	40% - 50% - 70% (según banda terapéutica)
3. REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES		
Tipo de Recetario:	Oficial (Ver Anexo Modelo de Recetario) El beneficiario deberá abonar un bono de \$20 por receta en la farmacia en carácter de acceso al sistema.	
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 beneficiario y Número de DNI	
	Fecha de emisión de la receta.	
	Firma y sello aclaratorio del profesional.	
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.	
Cantidad máxima de Medicamentos y de envases por receta:	Tratamiento Normal: Hasta 2 (dos) medicamentos distintos por receta y hasta 2 (dos) envases por renglón.	
Antibióticos inyectables:	Monodosis: hasta 5 (cinco) ampollas individuales por receta.	
Psicofármacos:	Lista II (receta oficial):	Receta de Salud Pública Receta adjunta de la institución.
No se aceptan fotocopias de recetas.	Lista III y IV (receta archivada):	Receta oficial por duplicado, con sello y firma del médico, aún estando el sello impreso.
4. REQUISITOS DEL BENEFICIARIO:		
Deberá presentar:	Plan A y Plan J: Documento de Identidad (DNI)	
	Plan A y Plan J: Receta oficial MPN.	
	Plan A: constancia de beneficiario AUH (tarjeta o libreta)	
5. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:		
La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:	Pegar con adhesivo o con cinta adhesiva transparente (no abrochar) 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 prescriptos.	
	Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Firma, aclaración y datos de quien retira la medicación al dorso de la receta. • 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 ON LINE:

- Todas las recetas deben validarse on line.
- 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 on line 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.
- Ante cualquier inconveniente con la validación puede llamar a la Mesa de Ayuda de COFA

8. CONSULTAS Y/O AUTORIZACIONES:

Importante:

Por consultas a la presente norma operativa puede comunicarse con la Mesa de Ayuda de COFA.

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

INCLUSIONES :

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



EXCLUSIONES GENERALES:

- Medicamentos que no fueron autorizados por el sistema de validación online (Imed).

ANEXO

Anexo 1: Modelo de Recetario

Frente:

 <p>MEDICAMENTOS DE PRIMER NIVEL LA RECETA DEBE SER VALIDADA EN EL SISTEMA ONLINE EN FARMACIA</p>		<p>TALONARIO NRO. 000000</p>	<p>RECETA NRO. 1606958079012</p> 
<p>APellido y Nombres del Beneficiario</p>		<p>TROQUEL 1</p>	
<p>NUMERO DE DOCUMENTO</p>	<p>TIPO</p>	<p>NRO. DE ORDEN</p>	
<p>PLAN</p>	<p>M F</p>	<p>FECHA DE EMISION</p>	<p>FECHA DE DISPENSACION</p>
<p>RECIPIENTE 1</p> <p>NOMBRE O MARCA COMERCIAL</p> <p>DE NOMINACION COMUN INTERNACIONAL (DCI)</p>		<p>CANT. RECETADA EN LETRAS</p> <p>EN NROS.</p>	<p>CANT. ENTR.</p> <p>PRECIO UNITARIO</p> <p>TOTAL</p> <p>% AC ENTIDAD</p>
<p>RECIPIENTE 2</p> <p>NOMBRE O MARCA COMERCIAL</p> <p>DE NOMINACION COMUN INTERNACIONAL (DCI)</p>		<p>CANT. RECETADA EN LETRAS</p> <p>EN NROS.</p>	<p>CANT. ENTR.</p> <p>PRECIO UNITARIO</p> <p>TOTAL</p> <p>% AC ENTIDAD</p>
<p>DIAGNOSTICO RP1</p>		<p>TOTAL RECETA</p>	
<p>DIAGNOSTICO RP2</p>		<p>A CARGO BENEFICIARIO</p> <p>A CARGO RECEPAM</p>	
<p>LISTA DE MARCAS COMERCIALES INDICADAS</p>		<p>TROQUEL 4</p>	
<p>JUSTIFICADO POR:</p> <p><input type="checkbox"/> Consentimiento de tolerancia y evaluación</p> <p><input type="checkbox"/> Otros</p>		<p>TROQUEL 5</p>	
<p>FIRMA Y SELLO Aclaratorio Profesional</p> <p>MATRICULA N°</p>		<p>TROQUEL 5</p>	

Dorso:

<p>Instrucciones para el farmacéutico:</p> <p>Señor farmacéutico, previo a la dispensación de los medicamentos prescritos y a efectos de evitar ulteriores inconvenientes, deberá corroborar:</p> <ol style="list-style-type: none"> Que el beneficiario presente el DNI. Autenticidad de la receta. Que el beneficiario o tercero interviniente firme delante del dispensador del medicamento. Que la firma y el documento del beneficiario que figure en la receta y/o 3º interviniente, corresponda con la firma y el documento del beneficiario que retira el medicamento. Que se correspondan los datos que figuran en el documento con los asentados en la receta. Que la receta se encuentre perfectamente completada por el profesional prescriptor contando con su firma y sello. Que la receta no se encuentre vencida para la dispensa. <p>EL FARMACÉUTICO DEBERÁ NEGAR LA DISPENSA DE CUALQUIER RECETA QUE NO CUMPLA CON CUALQUIERA DE ESTOS REQUISITOS MÍNIMOS. EN CASO CONTRARIO LA RECETA SERÁ RECHAZADA.</p> <p>Instrucciones para el beneficiario:</p> <p>Señor beneficiario, es su obligación presentar el DNI para poder consumir la receta. Además, es su obligación firmar la conformidad de la receta SOLO cuando ha corroborado que:</p> <ol style="list-style-type: none"> Se encuentren completos los datos que debe completar el farmacéutico (fecha de venta, cantidad entregada, precio unitario, importe, total receta a cargo del Beneficiario y a cargo de MEDICAMENTOS - DE PRIMER NIVEL) ya sea en la receta o en la copia de comprobante de venta adjunto a la misma. Que sean correctos los importes "a cargo del Beneficiario" y "a cargo MEDICAMENTOS DE PRIMER NIVEL". 	<table border="1"> <tr> <td>BENEFICIARIO</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>TERCERO INTERVINIENTE</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DOCUMENTO TIPO</td> <td></td> <td>NÚMERO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Firma conforme de recepción</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Aclaración</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Domicilio</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Teléfono</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Manifiesto que he optado libremente y me hago responsable de ello</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Firma del beneficiario o tercero interviniente</td> </tr> <tr> <td colspan="4">El farmacéutico que firma al pie certifica su actuación asumiendo la responsabilidad por sustitución realizada según constancia de troqueles al dorso.</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Sello y Firma del farmacéutico dispensador</td> </tr> <tr> <td colspan="4">MATRICULA N°</td> </tr> </table>	BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>	TERCERO INTERVINIENTE	<input type="checkbox"/>	DOCUMENTO TIPO		NÚMERO		Firma conforme de recepción				Aclaración				Domicilio				Teléfono				Manifiesto que he optado libremente y me hago responsable de ello				Firma del beneficiario o tercero interviniente				El farmacéutico que firma al pie certifica su actuación asumiendo la responsabilidad por sustitución realizada según constancia de troqueles al dorso.				Sello y Firma del farmacéutico dispensador				MATRICULA N°			
BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>	TERCERO INTERVINIENTE	<input type="checkbox"/>																																										
DOCUMENTO TIPO		NÚMERO																																											
Firma conforme de recepción																																													
Aclaración																																													
Domicilio																																													
Teléfono																																													
Manifiesto que he optado libremente y me hago responsable de ello																																													
Firma del beneficiario o tercero interviniente																																													
El farmacéutico que firma al pie certifica su actuación asumiendo la responsabilidad por sustitución realizada según constancia de troqueles al dorso.																																													
Sello y Firma del farmacéutico dispensador																																													
MATRICULA N°																																													



NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO		M	EDAD	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	
		F			
PROVINCIA Y LOCALIDAD			FECHA EMISIÓN	FECHA DE VENTA	



RP/1	CANTIDAD RECETADA	PRECIO UNITARIO
DCI	<input type="text"/>	CANTIDAD ENTREGADA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Marca Sugerida		PRECIO TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

RP/2	CANTIDAD RECETADA	PRECIO UNITARIO
DCI	<input type="text"/>	CANTIDAD ENTREGADA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Marca Sugerida		PRECIO TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Diagnostico RP:	CANTIDAD RECETADA	PRECIO UNITARIO
	<input type="text"/>	CANTIDAD ENTREGADA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		PRECIO TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

SELLO DEL PROFESIONAL	Certifico entrega de medicamentos	TOTAL RECETA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
FRIMA Y N° DE MATRÍCULA	SELLO Y FIRMA - FARMACIA	A CARGO BENEFICIARIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		A CARGO RECEPTARIO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

TROQUELES

1) IMPORTANTE:

Con esta receta ud. se beneficia con un descuento sobre el precio de venta del medicamento prescripto que se le indicara en la farmacia. Este descuento no podrá ser sumado a otros que reciba por Obras Sociales y/o Medicinas Prepagas.

Para acceder a este descuento la DCI y marca sugerida del producto dispensado debe coincidir con los prescriptos por el profesional.

Se deja aclarado que los descuentos del Programa son de hasta el 70% del Precio de Venta al Publico -PVP de los medicamentos incluidos. El porcentaje de descuento es diferente para cada producto y, ademas su determinación porcentual dependerá del impacto que tenga sobre el PVP la suma fija cuyo cobro esta a cargo de las farmacias participantes y forma parte integrante del importe a cargo del paciente.

Vigencia: 30 días a partir de la fecha de emisión de esta receta



APELLIDO Y NOMBRES DEL BENEFICIARIO

NUMERO DE DOCUMENTO

TIPO

NRO. DE ORDEN

FECHA DE EMISION

FECHA DE DISPENSACION

PLAN

M F

TROQUEL 1

NOMBRE O MARCA COMERCIAL

DENOMINACION COMUN INTERNACIONAL (DCI)

CANT. RECETADA EN LETRAS

EN NROS.

PRECIO UNITARIO

% A/C ENTIDAD

TOTAL

TROQUEL 2

NOMBRE O MARCA COMERCIAL

DENOMINACION COMUN INTERNACIONAL (DCI)

CANT. RECETADA EN LETRAS

EN NROS.

PRECIO UNITARIO

% A/C ENTIDAD

TOTAL

TROQUEL 3

DIAGNOSTICO RP1

DIAGNOSTICO RP2

TOTAL RECETA

A CARGO BENEFICIARIO

A CARGO RECEPION

TROQUEL 4

Los marcas comerciales indicadas pueden ser sustituidos.

JUSTIFICADO POR: (Indicar con X la especie)

Condonamiento de tolerancia y resultados. Otros

FIRMA Y SELLO ACCRATORIO PROFESIONAL

MATRICULA N°

TROQUEL 5

TROQUEL 6