

El gasto administrativo por receta manual es de \$ 1,00.-

NORMAS DE ATENCIÓN

Vigencia: 01/12/2004

NORMAS PARA LA ATENCIÓN DEL: RECETARIO SOLIDARIO

DESCUENTOS A CARGO DEL RECETARIO SOLIDARIO:

AMBULATORIO: 20%

La prescripción debe hacerse por D.C.I acompañada por la marca comercial.

RECETARIO:

- OFICIAL (No se aceptan fotocopias)
- **PARA QUE EL RECETARIO SEA VALIDO** DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL:
- Nombre y Apellido del paciente.
- Tipo y N° de Documento.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expondrá solamente uno).
- Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
- **Marca comercial sugerida**
- Firma y sello con número de matrícula del profesional legible.
- Fecha de prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.
- **La tinta de la prescripción deberá coincidir con la de la firma del médico.**
- **Todos los ítems de la receta deben estar completos.**

VALIDEZ DE LA RECETA:

30 (TREINTA) días contando la fecha de prescripción.

REFACTURACIÓN DE RECETAS: PUEDE REALIZARSE HASTA 2 MESES DESPUÉS DE LA RECEPCIÓN DE LAS MISMAS, vencido dicho plazo, serán debitadas.

El gasto administrativo por receta manual es de \$ 1,00.-

NORMAS DE ATENCIÓN

Vigencia: 01/12/2004

LÍMITES DE CANTIDADES:

- CANTIDAD DE RENGLONES: Tres (3).
- POR RECETA: Hasta cuatro (4) envases.
- POR RENGLÓN: Hasta un (1) envase excepto para Tamaño Menor: dos (2) envases solamente para una especialidad.
- ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS: Hasta cinco (5) envases para una sola especialidad por receta.
- ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS: Hasta un (1) envase por receta.

LÍMITES DE TAMAÑOS:

- Hasta 1(uno) del de Mayor Tamaño por renglón.
- Hasta 2(dos) del de Menor Tamaño para una única especialidad por receta.

En caso de discontinuidad o baja en la comercialización de alguna de las presentaciones indicadas en el vademécum, se podrá dispensar el tamaño inmediato inferior o el existente en ese momento, previa aclaración al dorso de la receta convalidada por la firma del farmacéutico. El beneficiario deberá firmar en conformidad.

OTRAS ESPECIFICACIONES

Las prescripciones deberán realizarse respetando las disposiciones vigentes.

CUANDO EL MÉDICO

No indica tamaño

Sólo indica GRANDE

LA FARMACIA DEBE ENTREGAR

El de menor contenido

El tamaño SIGUIENTE AL MENOR

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 - De acuerdo al orden de prescripción.
 - Incluyendo el código de barras.
 - **NO pegar porque dificulta la visualización de la parte posterior del troquel.**
 - **Para acceder al descuento comercial los troqueles deberán ajustarse a lo siguiente:**
 - **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.**
- Número de orden de la receta.
- Fecha de Venta.
- Precios unitarios y totales, total facturado, importe a cargo del beneficiario y a cargo del Recetario Solidario (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos, las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario)

El gasto administrativo por receta manual es de \$ 1,00.-

NORMAS DE ATENCIÓN

Vigencia: 01/12/2004

- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del paciente o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento. (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
- La farmacia deberá adjuntar a la receta **el triplicado del ticket fiscal** de venta. En caso que no cuenten con esta posibilidad deberán presentar por escrito una justificación de motivos **antes del 30/1/2004** y manifestar de que manera ofrecen suplir el mismo, para seguir obteniendo el descuento. El caso será resuelto por la auditoría del sistema.
- **Transitoriamente,** para los casos que no cuenten con duplicado del ticket fiscal, deberán adjuntar un comprobante de venta que acredite que la dispensa fue realizada con el pertinente descuento. Asimismo, la farmacia deberá identificar de manera inequívoca en el recetario el número de registración fiscal de la operación. El libro IVA y la copia de la factura o ticket deberá ser exhibido a la auditoría cada vez que sea requerido.

PSICOFÁRMACOS:

- De acuerdo a las leyes vigentes.

MUY IMPORTANTE



PARA ACCEDER AL DESCUENTO DEL LABORATORIO LA DISPENSACION DEBERA REALIZARSE CUMPLIENDO TODOS LOS PUNTOS DETALLADOS EN ESTA NORMA. LA OMISIÓN DE CUALQUIER REQUISITO SERÁ CAUSAL DE DÉBITO.

El gasto administrativo por receta manual es de \$ 1,00.-

NORMAS DE ATENCIÓN

Vigencia: 01/12/2004

30%

	NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO		TIPO Y N° DE DOCUMENTO	
	PROVINCIA Y LOCALIDAD		FECHA EMISIÓN	FECHA DE VENTA
RP/1	CANTIDAD REDETADA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO	Indicaciones o Duplicado
DCI			PRECIO TOTAL	
Marca Sugerida				
RP/2	CANTIDAD REDETADA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO	Indicaciones o Duplicado
DCI			PRECIO TOTAL	
Marca Sugerida				
RP/3	CANTIDAD REDETADA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO	Indicaciones o Duplicado
DCI			PRECIO TOTAL	
Marca Sugerida				
SELLO DEL PROFESIONAL	Certifica entrega de medicamentos		TOTAL RECETA	Indicaciones o Duplicado
FRMA Y N° DE MATRÍCULA	SELLO Y FIRMA - FARMACIA		A CARGO BENEFICIARIO	
			A CARGO RECEPTOR	
<p>Importante: Con esta receta usted se beneficia con un 30% de descuento sobre el precio de venta del medicamento prescrito. Este descuento no puede ser sumado a otros que recibe por Obras Sociales y/o Medicinas prepagas. Para acceder al descuento la DCI y marca sugerida del producto dispensado debe coincidir con los prescriptos por el profesional. Vigencia: 30 días a partir de la fecha de emisión de esta receta.</p>				
Firma Beneficiario	Adresión:	Domicilio:	Teléfono:	 45000000

	NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO		TIPO Y N° DE DOCUMENTO	
	PROVINCIA Y LOCALIDAD		FECHA EMISIÓN	FECHA DE VENTA
RP/1	CANTIDAD REDETADA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO	Indicaciones o Duplicado
DCI			PRECIO TOTAL	
Marca Sugerida				
RP/2	CANTIDAD REDETADA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO	Indicaciones o Duplicado
DCI			PRECIO TOTAL	
Marca Sugerida				
RP/3	CANTIDAD REDETADA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO	Indicaciones o Duplicado
DCI			PRECIO TOTAL	
Marca Sugerida				
SELLO DEL PROFESIONAL	Certifica entrega de medicamentos		TOTAL RECETA	Indicaciones o Duplicado
FRMA Y N° DE MATRÍCULA	SELLO Y FIRMA - FARMACIA		A CARGO BENEFICIARIO	
			A CARGO RECEPTOR	
<p>Importante: Con esta receta usted se beneficia con un 30% de descuento sobre el precio de venta del medicamento prescrito. Este descuento no puede ser sumado a otros que recibe por Obras Sociales y/o Medicinas prepagas. Vigencia: 30 días a partir de la fecha de emisión de esta receta.</p>				
Firma Beneficiario	Adresión:	Domicilio:	Teléfono:	010-00 19145876