

Vigente a partir del 07 de Agosto de 2015.

Las marcas “@” identifican los puntos que **deben procesarse OBLIGATORIAMENTE en el momento de la venta** a través del sistema de validación ingresando en www.validacionescsf.com.ar o bien mediante los sistemas de facturación integrados.

En todas las **recetas procesadas electrónicamente**, la Liquidación de Recetas y **CIERRE DE LOTES** debe efectuarse **OBLIGATORIAMENTE** utilizando la herramienta que brinda dicho sistema para tal fin.

Aclaración:

El **CIERRE DE LOTES** electrónico es **OBLIGATORIO. SIEMPRE** debe figurar en el **RESUMEN DE FACTURACIÓN** general (planilla provista por COMPAÑÍA), que presenta su Farmacia (ver punto 16).

Por lo tanto, **en un mismo Resumen de Facturación debe figurar INDISPENSABLEMENTE:**

- presentación **ELECTRÓNICA** de PREVENCIÓN SALUD (“Plan MIXTO VALIDACIÓN”)
- presentación **MANUAL** de PREVENCIÓN SALUD (“Plan MIXTO MANUAL”)

1. Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)

1.1. Planes:

- A Con Copago (ACC)
- A OSFENTOS
- A1
- A2
- A3
- A4
- A5
- A6
- ALLADIO
- BÁSICO
- JOVEN

40%, 50% ó 60%
Según Padrón de Beneficiarios
que se valida electrónicamente.

@

1.2. Personal Grupo SanCor Seguros:

70%
(TODOS LOS PLANES - Ver punto 2.2)

@

1.3. MUPEPGAM Afiliados en Tránsito:

75%
(Cierre de lotes ver punto 15.2)

Todo el País excepto Prov. De Mendoza

@

1.4. MUPEPGAM:

75%
(ver circular N° 563/15)

Exclusivamente Prov. De Mendoza

@

1.5. Plan Materno Infantil:

100%
(ver punto 6)

@

1.6. Patologías Crónicas:

70% ó 100%
(ver punto 7)

@

1.7. Anticonceptivos:

100%
(ver punto 8)

@

1.8. Autorizaciones Especiales:

Descuento que indique la autorización
(ver punto 10)

2. Habilitación del beneficiario:

2.1. Credencial definitiva o provisoria (según muestras).

Aclaración: En la credencial del Plan Joven se indica el plan de origen del beneficiario (A1, A2, A3, etc.).

2.2. Habilitación del Beneficiario según validación ON LINE.

- **Aclaración – Personal del Grupo SanCor Seguros:** No poseen credencial especial. Presentarán la credencial habitual del plan de origen (A2, A3, A4, JOVEN, etc), pero **en el sistema de validación ON LINE figurarán habilitados con una cobertura general de 70%.**

@

Si tuviera Plan Materno Infantil o alguna Patología Crónica con cobertura superior al 70 %, prevalece la de mayor cobertura.

- En caso de que el beneficiario no figure habilitado según validación on line pero presente la **credencial provisoria** (similar a las definitivas pero en papel – ver muestra) **deberá ser atendido normalmente**, adjuntando una copia a la receta para la presentación en COMPANÍA. Verificar fecha de vencimiento al momento del expendio.

2.3. Documento de Identidad (DNI, LC, LE)

2.4. No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada.

3. Recetario:

3.1. Tipo de recetario:

- De todo tipo (Particular o de Instituciones) con membrete;
- Recetarios **sin membrete** (ya sea en blanco o con publicidad de medicamentos) **siempre y cuando conste con alguna identificación de la Institución** (sello, por ejemplo).
Por lo tanto, **NO se aceptan recetarios sin membrete** (por ejemplo: recetarios en blanco, de publicidad de medicamentos, etc.) **sin identificación de la Institución.**
- **Recetarios electrónicos** con la prescripción preimpresa, **siempre y cuando cuenten con firma y sello original** del profesional y cumplan con el resto de las normas de atención vigentes.
 - **Exclusivamente Bahía Blanca, San Pedro (Pcia. de Bs. As.) y Sierra Grande (Pcia. de Río Negro):**
Son válidos los recetarios sin membrete ni identificación de la institución.

3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:

- Denominación de la entidad (en caso de que el recetario no sea el oficial de la entidad) (*);
- Nombre y apellido del paciente;
- Número de afiliado (*);
- **Diagnóstico;**
- **Medicamentos recetados por principio activo**, indicando una marca sugerida incluida en el Vademécum. **Se rechazarán recetas que no presenten Principio Activo. (**)**
- Cantidad de cada medicamento;
- Firma y sello con número de matrícula y aclaración;
- Fecha de prescripción;

(*) Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto y/o la denominación de la entidad haya sido omitida por el profesional, la farmacia debe repetirlo al dorso, en forma clara y correcta, indicando junto al número consignado por el médico la frase "ver al dorso". El beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad.

Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción médica deberán estar salvadas por profesional con firma y sello.

(**) Cabe recordar que si el profesional indica una marca sugerida excluida del Vademécum, la farmacia debe efectuar el reemplazo correspondiente, respetando principio activo, concentración y forma farmacéutica.

4. Validez de la receta:

El día de la prescripción y los **30** días siguientes.

5. Topes de cobertura:

5.1. Límites de cantidades:	Sin Tratamiento Prolongado	Con Tratamiento Prolongado ^(5.2.)
Renglones por receta:	Hasta 3 (tres) de distinto nombre comercial y genérico	Hasta 3 (tres) de distinto nombre comercial y genérico
Envases por renglón:	Hasta 1 (uno) En caso de tratarse de un <u>único renglón</u> por receta, se aceptan <u>hasta 2 (dos) envases chicos</u> .	Hasta 2 (dos)
Envase por tamaño:	En todos los casos se aceptan hasta 2 (dos) envases grandes POR RECETA . Los restantes envases deben ser chicos o tamaño siguiente al menor. Los envases de tamaño único son considerados chicos.	
5.2. Tratamiento Prolongado:	Cuando el médico coloca de su puño y letra la frase "Tratamiento Prolongado", su equivalente o abreviaturas, pueden expendirse las cantidades indicadas en la columna "Con Tratamiento Prolongado". Debe indicarse además el tamaño y/o contenido de cada uno por lo que, de omitirse este requisito, sólo se entregará un envase del menor tamaño y/o contenido existente. En estos casos debe indicarse en el sistema de Validación On Line que la receta corresponde a Tratamiento Prolongado.	
5.3. Antibióticos Inyectables:	Presentación	Entregar
	Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla. Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	Hasta 5 (cinco) El menor número posible de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas. Por ejemplo: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expendirse 3 (tres) envases = 6 (seis) ampollas.
5.4. Psicofármacos:	<ul style="list-style-type: none"> El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia. 	
5.5. Otras especificaciones:	Cuando el médico:	Debe entregarse:
	<ul style="list-style-type: none"> No especifica cantidades Sólo indica la palabra "grande" Equivoca la cantidad y/o contenido 	<ul style="list-style-type: none"> El envase de menor contenido. La presentación siguiente a la menor. El tamaño inmediato inferior al indicado.

6. Plan Materno Infantil:

6.1. Habilitación del Beneficiario con cobertura PMI según validación on line.

6.2. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> Igual al resto de los planes. No requiere previa autorización.
6.3. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> Según validación on line. Cabe destacar que <u>la cobertura PMI distingue productos para MADRE o Niño.</u> Leches: <ul style="list-style-type: none"> Medicamentosas: Requiere previa autorización (ver punto 10). Maternizadas: Sin cobertura.
6.4. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos: Igual al resto de los planes. Leches: Hasta 4 kg. por receta por mes.

7. Patologías Crónicas:

7.1. Habilitación del Beneficiario con cobertura Crónicos según validación on line.

7.2. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> Igual al resto de los planes. No requiere previa autorización.
-----------------	---

7.3. Productos Cubiertos y descuento a aplicar:	<ul style="list-style-type: none"> • 70% ó 100% según lo que indique el sistema de validación on line. <p>ATENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La cobertura de 70% ó 100% (según Vademécum) se aplica únicamente para los principios activos habilitados para cada asociado en el sistema de validación on line. - Los productos para Patologías Crónicas incluidos en el Vademécum pueden ser expendidos al descuento general del beneficiario cuando no figure habilitado para dicho asociado en el sistema de validación on line. - En el caso de pacientes que cuentan con 70% para la cobertura general (Personal Grupo SanCor Seguros), no es necesaria la habilitación para Patologías Crónicas en el sistema de validación on line para acceder a dicho descuento.
---	---

7.4. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> • Igual al resto de los planes.
-----------------------------	---

8. Anticonceptivos:

8.1. Habilitación del Beneficiario con cobertura Anticonceptivos según validación on line.

8.2. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> • Igual al resto de los planes. No requiere previa autorización.
-----------------	---

8.3. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> • 100% según lo que indique el sistema de validación on line. <p>ATENCIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los anticonceptivos incluidos en el Vademécum pueden ser expendidos al descuento general del beneficiario cuando éste no se encuentre habilitado para dicha cobertura en el sistema de validación on line.
---------------------------	--

8.4. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> • Igual al resto de los planes.
-----------------------------	---

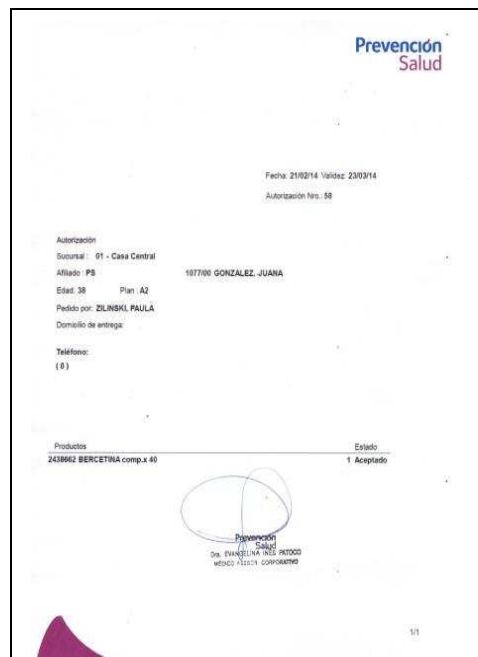
9. Productos Cubiertos:

Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM vigente, cuyos productos deben validarse electrónicamente.

10. Autorizaciones Especiales:

Estas recetas NO SE PROCESAN electrónicamente.

Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos y/o Vacunas fuera del Calendario Oficial cuando se hallen autorizadas por la Entidad **mediante Formulario de Autorización en ORIGINAL** (según muestra):



Prevención Salud

Fecha: 21/02/14 Validez: 23/03/14
Autorización Nro. 58

Autorización
Sucursal: 01 - Casa Central
Afiliado: PS 187789 GONZALEZ, JUANA
Edad: 38 Plan: A2
Pedido por: ZILINSKI PAULA
Domicilio de entrega:
Teléfono:
(#)

Productos Estado
Z43862 BERCETINA comp.x 40 1 Aceptado

Prevención Salud
de INVERSIÓN Y SERVICIOS
MÉDICO ALICIA COMPAGNON

Cabe destacar que dicho formulario debe contar **OBLIGATORIAMENTE** con firma y sello en ORIGINAL de alguna de las siguientes personas:

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------|
| • DR. BOSCO, LEANDRO | • DRA. CLUA, DANIEL |
| • DR. BUFFA, MATÍAS | • DR. COMISO, DAMIÁN |
| • DRA. BULFON, FERNANDA | • DRA. HUELLEN, NURI |
| • DR. BUSO, FERNANDO | • DR. ISCARO, FERNANDO |
| • DRA. CAMPO, CINTHIA | • DR. OLAZARRI, DIEGO ANIBAL |
| • DRA. CARDELLINO, JULIETA SOLEDAD | • DR. ORTEGA, RAFAEL IGNACIO |
| • DR. CASTELLANO, RICARDO | • DRA. PATOCO, EVANGELINA INÉS |
| • DR. CIACCI, PAOLA LORENA | • DR. SOLI ALDO, RENÉ |

ATENCIÓN:

- **Son válidos ÚNICAMENTE formularios originales. NO SON VALIDAS las fotocopias, ni faxes ni ningún tipo de reproducción de este formulario.**
- **No es necesario que la autorización exprese aclaraciones adicionales** (por ejemplo: "vale producto no cubierto", o "vale enmienda").
- El Formulario de Autorización **siempre debe estar acompañada por la prescripción original** correspondiente.

11. Medicamentos Faltantes:

Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta.

12. Datos a completar por la farmacia:

12.1. **NÚMERO DE TRANSACCIÓN ON LINE. Debe indicarse en el encabezado de la receta "TR: XXXX", o bien puede imprimirse el comprobante que emite el sistema.**

12.2. Fecha de venta;

12.3. Si la presentación no contiene numero de troquel, adjuntar código de barras del mismo.

12.4. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales)

12.5. La farmacia deberá adjuntar cualquiera de los comprobantes de venta detallados:

- Ticket fiscal propiamente dicho.
- Documento no fiscal HOMOLOGADO
- Duplicado o triplicado del ticket fiscal (idéntico al original pero con una leyenda de fondo "NO FISCAL").
- Facturas A, B o C.

12.6. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

12.7. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos;

13. Recomendaciones Especiales:

13.1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente;

13.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

- De acuerdo al orden de la prescripción.
- Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
- Se sugiere adherirlos con goma de pegar (sin utilizar abrochadora o cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).

13.3. Los troqueles deberán ajustarse a lo siguiente:

- Encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencias o marcas de sustancias adhesivas).
- Sin signos de desgaste del material en todo o parte del troquel.
- Sin impresiones mediante sellos de cualquier tipo de 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 al troquel.

13.4. Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

14. Atención de Consultas:

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de **COMPAÑÍA** al (011) 4136-9090 – Fax: (011) 4136-9001. E-mail: info@csf.com.ar, de Lunes a Viernes, de 8:30 a 18:30 horas.

Ante dificultades o consultas exclusivamente técnicas fuera de nuestro horario de atención, les solicitamos que envíe un correo electrónico a validaciones@csf.com.ar indicando en el título la palabra “Problema” más el código de su Farmacia.

15. Cierre electrónico de lotes:

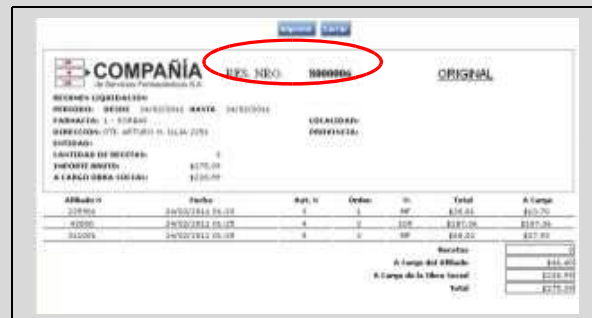
15.1. **MUY IMPORTANTE:** Todas las **RECETAS PROCESADAS ELECTRÓNICAMENTE** deben liquidarse **OBLIGATORIAMENTE** mediante la **herramienta CIERRE DE LOTES** que provee para ello el sistema de validación. **Caso contrario, es motivo de rechazo** de las mismas. Utilice dicha herramienta teniendo en cuenta las indicaciones del Instructivo General del sistema.

Asimismo **es imprescindible IMPRIMIR el Cierre de Lotes** a fin de identificar correctamente la liquidación electrónica en el Resumen de Facturación general (ver punto 16). **No deben efectuarse modificaciones manuales (tachaduras ni enmiendas) sobre el Cierre de Lotes** que emite el sistema.

Aclaración: la **IMPRESIÓN PREVIA** del Cierre de Lote **NO es válida** para la presentación de recetas:



Albano N	Fecha	Aut. N	Orden	%	Total	A Cargo
217902	24/02/2015 08:25	3	100	MP	\$20,05	\$20,05
218002	24/02/2015 08:25	4	100	MP	\$187,38	\$187,38
218002	24/02/2015 08:25	3	100	MP	\$48,02	\$27,83



Albano N	Fecha	Aut. N	Orden	%	Total	A Cargo
217902	24/02/2015 08:25	3	100	MP	\$20,05	\$20,05
218002	24/02/2015 08:25	4	100	MP	\$187,38	\$187,38
218002	24/02/2015 08:25	3	100	MP	\$48,02	\$27,83

15.2. **Recetas Plan MUPEPGAM (Afiliados en tránsito):** este plan debe presentarse de forma separada del resto de las recetas de Prevención Salud. La herramienta Cierre de Lotes que brinda el sistema de validación cuenta con la opción diferenciada.

15.3. **Las recetas no procesadas electrónicamente (por ejemplo, Autorizaciones Especiales) deben liquidarse a través de la modalidad tradicional de planillas de Compañía (ver punto 16).**

16. Presentación de Recetas no procesadas electrónicamente:

Todas las recetas de **PREVENCIÓN SALUD no procesadas electrónicamente deben presentarse bajo un único plan “MIXTO”**. Es decir **sin separarlas por porcentaje de descuento**.

El porcentaje de descuento aplicado a cada medicamento debe figurar en el ticket de venta o bien agregado junto a la prescripción en forma manuscrita.

En los resúmenes de liquidación y facturaciones se deben volcar los importes correspondientes identificando el plan como “MIXTO”.

El **Cierre electrónico de Lotes SIEMPRE debe indicarse en el Resumen de Facturación general** (planilla provista por **COMPAÑÍA**), que presenta su Farmacia, **diferenciado del resto de las recetas sin validación on line**.

Por lo tanto, **en un mismo Resumen de Facturación debe figurar INDISPENSABLEMENTE:**

- presentación **ELECTRÓNICA** de PREVENCIÓN SALUD (“Plan MIXTO VALIDACIÓN”)
- presentación **MANUAL** de PREVENCIÓN SALUD (“Plan MIXTO MANUAL”)

Atención Colegios, Cámaras y/o agrupaciones farmacéuticas:

En el Resumen de Presentaciones por Farmacia debe indicarse por separado las recetas procesadas ON LINE y las que no lo están.

17. Muestra de Credenciales:

Planes A Con Copago, A1, A2, A3 y A4



Nombre del plan correspondiente



Son válidas todas aquellas credenciales con logos de otras Instituciones, sumado al logo de Prevención.

Planes A5, A6 y Plan Joven



Nombre del plan correspondiente

Credencial Provisoria



Nombre del plan correspondiente

Plan Materno Infantil

