



## NORMAS PARA LA ATENCIÓN DEL: **RECETARIO SOLIDARIO**

### **DESCUENTOS A CARGO DEL RECETARIO SOLIDARIO:**

AMBULATORIO: 20% / 30% S/ P.V.P. Según se indique en el vademécum.

**Para acceder al descuento la D.C.I. y marca sugerida del producto dispensado deben coincidir con lo prescripto por el profesional.**

**Un mismo Recetario puede incluir productos con distintos descuentos.**

### **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 expenderá 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 firma del médico.
  - Todos los ítems de la receta deben estar completos.

### **VALIDEZ DE LA RECETA:**

30 (TREINTA) días contando la fecha de prescripción.

**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(unos) 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.
  - Adheridos al recetario con cinta adhesiva transparente (NO pegar porque dificulta la visualización de la parte posterior del troquel, NO utilizar abrochadora porque dificulta la lectura del código de barras.)
- 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, o inscripciones de cualquier tipo).
  - 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.

**DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA (Continuación)**

- 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). Estos campos a completar por la farmacia serán optativos siempre y cuando esta última cumplimente estrictamente lo establecido por la presente Norma, en lo que respecta a la presentación de un ejemplar del comprobante emitido por controladora fiscal homologada.
- 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 un ejemplar del comprobante de venta emitido por controladora fiscal homologada, como respaldo fehaciente de la operación.*

*Sólo por excepción debidamente fundada y aprobada por la auditoría del Sistema se aceptará otro tipo de comprobante, en cuyo caso la farmacia deberá indicar en el recetario el número de comprobante fiscal de la operación. En estos casos, fotocopia del libro IVA donde se registró la operación deberá ser exhibida a la auditoría cada vez que sea requerida.*

**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.**

- Sólo se reconocerá descuento cuando la venta se realice en el siguiente formulario.



NORMAS DE ATENCIÓN

Vigencia: JUNIO 2010

MODELOS DE RECETARIOS

	NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO		EDAD	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	
	PROVINCIA Y LOCALIDAD		FECHA EMISION	FECHA DE VENTA	
RP/1	CANTIDAD RECETADA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL	
DCI					
Marca Sugerida					
RP/2	CANTIDAD RECETADA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL	
DCI					
Marca Sugerida					
RP/3	CANTIDAD RECETADA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL	
DCI					
Marca Sugerida					
SELLO DEL PROFESIONAL	Certifico entrega de medicamentos		TOTAL RECETA		
FIRMA Y N° DE MATRICULA	SELLO Y FIRMA - FARMACIA		A CARGO BENEFICIARIO		
			A CARGO RECETARIO		
<p><b>Importante:</b>          Con esta receta usted se beneficia con un descuento sobre el precio de venta del medicamento prescrito que se le indicará en la farmacia. Este descuento <b>no puede ser sumado</b> a otros que reciba 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	Aclaración:	Domicilio:	Teléfono:		
			 89868901		

Indicaciones o Duplicado

	NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO		EDAD	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	
	PROVINCIA Y LOCALIDAD		FECHA EMISION	FECHA DE VENTA	
0080485/4	RP/1	CANTIDAD RECETADA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
	DCI				
	Marca Sugerida				
RP/2	CANTIDAD RECETADA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL	
DCI					
Marca Sugerida					
RP/3	CANTIDAD RECETADA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL	
DCI					
Marca Sugerida					
SELLO DEL PROFESIONAL	Certifico entrega de medicamentos		TOTAL RECETA		
FIRMA Y N° DE MATRICULA	SELLO Y FIRMA - FARMACIA		A CARGO BENEFICIARIO	A CARGO RECETARIO	
<p><b>Importante:</b> Con esta receta usted se beneficia con un descuento sobre el precio de venta del medicamento prescrito que se le indicará en la farmacia. Este descuento <b>no puede ser sumado</b> a otros que reciba 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 DEL BENEFICIARIO	ACLARACIÓN	DOMICILIO	TELÉFONO		
					 1162198510FFD
					CÓDIGO DE VALIDACIÓN