

**Normas de atención**

 **JERÁRQUICOS**  
*Salud*

 **FACAF**  
FEDERACIÓN ARGENTINA  
DE CÁMARAS DE FARMACIAS

## VALIDACIÓN OBLIGATORIA

La validación on line de las recetas de JERÁRQUICOS SALUD es obligatoria.  
 Al validador se accede desde el siguiente link: <https://sinval.ddaval.com.ar/>  
 Si Uds. desea homologar su software de gestión favor de enviar la correspondiente solicitud al mail: [soporte@audibaires.com.ar](mailto:soporte@audibaires.com.ar)  
 Para acceder al validador se requiere de usuario y password, en caso de no contar con dichas claves, favor de solicitarlas a su entidad representativa.  
 Toda receta no validada será indefectiblemente debitada, salvo que posea autorización expresa de JERÁRQUICOS SALUD.

## DESCUENTO A CARGO DE JERÁRQUICOS

<b>PMI – PMI 2886 – PMI 2886            SOLTERO – PMI MONOTRIBUTO            – PMI MONOTRIBUTO SOLTERO            –PMI JUB – JS CONECTA- JS            AVANZA</b>	40 % (cuarenta por ciento)
<b>JS IMPULSA</b>	50 % (cincuenta por ciento)
<b>PMI 2000 – PMI 2886/2000 –            PMI MONOTRIBUTO 2000 – PMI            JUB 2000 – PMI 3000 – PMI            2886/3000 – PMI JUB 3000 – JS            ELITE</b>	60 % (sesenta por ciento)
<b>Cobertura diferencial:</b> dichos porcentajes (Ej.: 100%) están asociados a coberturas específicas y establecidas para Programas especiales, previa autorización de la Obra Social.	



## ACREDITACIÓN DEL SOCIO

Para que el Socio acceda a los medicamentos prescritos, el Farmacéutico deberá solicitarle la siguiente documentación:



- Credencial del Socio (Física o Virtual) o Certificado Provisorio.
- Documento de Identidad (DNI): como constancia de que el beneficiario es el titular de la credencial; teniendo en cuenta que la misma es personal e intransferible.
- Para acceder a los medicamentos que se encuentren dentro de los Programas de cobertura especial, además de los requisitos anteriormente detallados, el Socio deberá presentar el expediente de autorización de medicamentos; con excepción del Programa Materno Infantil cuya modalidad operativa específica se encuentra explicitada en Normativa por separado.

## RECETARIO

<p><b>TIPO</b></p>	<p>Se aceptará cualquier formato de prescripción médica/recetario, siempre que sea nominada a la entidad y que incluya en su encabezado la sigla "Rp/", independientemente del diseño de recetario oficial que se anexa a la presente Normativa.</p> <p><b>Se aceptan todas las recetas digitales o electrónicas que sean capturadas y validadas correctamente por el sistema de validación online desarrollado por FACAFA.</b> Entre otros MIS RX, RCTA, RECETARIO, PRAXYS, COLEGIO MÉDICO DE LA PROVINCIA DE CORDOBA, ETC.</p> <p>Cualquier otro tipo de receta digital o electrónica para ser aceptada deberá ser impresa y con la firma y el sello del médico en original.</p>
<p><b>VALIDEZ</b></p>	<p>Se reconoce para la prescripción médica un plazo máximo de 30 (treinta) días corridos computados a partir de la fecha de prescripción que consta en el documento, vencido el cual las farmacias no deberán dar curso al pedido de expendio.</p>



**Toda prescripción médica, deberá ser confeccionada por el profesional prescribiente, con letra perfectamente clara, legible y completa con todos los datos inherentes a la misma:**

- Nombre y Apellido del Socio.
- Nombre de la entidad y N° de Socio
- Prescripción del medicamento, según la Ley de Genéricos: "por nombre genérico del medicamento o denominación común internacional seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración".
- Diagnóstico presuntivo.
- Localidad y fecha de emisión.
- Firma y Sello del profesional.
- Se recuerda que toda tachadura, enmienda o raspadura, deberá ser salvada por el profesional emisor, indicando al dorso del documento el dato correcto, refrendando el mismo mediante firma y sello.

## LÍMITES DE CANTIDADES

<b>CANTIDAD DE RENGLONES</b>	3 (Tres)
<b>POR RECETA</b>	Hasta 3 (tres) envases.
<b>POR RENGLÓN</b>	Hasta 2 (dos) envases, sin superar los 3 envases por receta
<b>ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS</b>	Hasta 6 (seis) envases para una sola especialidad por receta
<b>ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS</b>	Hasta 1 (un) envase por receta)

## LÍMITES DE TAMAÑO

HASTA 2 (DOS) DE MAYOR TAMAÑO POR RENGLÓN sin superar 3 productos por receta.

## EXCEPCIONES

**Recetas autorizadas por Jerárquicos Salud en cuyo caso las cantidades y tamaños son sin límite.**

## OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el médico NO indica cantidades, debe entregarse el envase de menor contenido.
- Cuando el médico solo indica GRANDE, debe entregarse el tamaño siguiente al menor.
- Cuando el médico equivoca cantidad y/o contenido, debe entregarse el tamaño inmediato inferior al indicado.



## AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

El acceso por parte del Socio a los medicamentos prescritos que no requieren autorización previa de Jerárquicos, se efectúa a través de la presentación de credencial y DNI.

En los casos de medicamentos prescritos que si requieren previa autorización, el Socio deberá gestionar la misma a través de algunas de las vías de comunicación existentes para tal fin.

Como respuesta a la solicitud de autorización de parte del Socio, Jerárquicos remitirá el Formulario denominado "Expediente de Autorización de Medicamentos", el cual constituye un elemento esencial para la dispensa del medicamento autorizado, presentación de la facturación y reconocimiento para su pago.

Es indispensable, que éste se envíe adjunto al recetario original, al momento de su presentación y el mismo se encuentre completo con todos los datos solicitados en dicho documento. Este formulario cuenta con un N° de Expediente único e irrepetible, el cual constituye en elemento de control de la auditoria.

### MODELO DE EXPEDIENTE DE AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

**JERÁRQUICOS**

Respuesta a: Prg: Planificación Familiar -

Expediente de Autorización de Medicamentos N°: 5859556

Socio: - Plan: PMI 3000 Edad: 03

Localidad: SANTA FE Prescripción: 23/09/2016 Carga: 23/09/2016 04

Cant.	Código	Descripción	Resolución	% Cobertura	Observaciones
1	M31647	ALPRAZOLAM	ALPRAZOLAM DENVER FARMA - Pres: 0.5 mg comp. x 30	Autorizado 60,00	Porcentaje reconocido por Vademecum

01 02 05

DEPARTAMENTO AUDITORÍA MÉDICA

Para completar por el Socio:

Fecha de entrega: / / N° de documento: Firma en conformidad:

## IMPORTANTE

EN TODOS LOS CASOS UNA VEZ ENTREGADO EL/LOS MEDICAMENTOS, EL SOCIO DEBERÁ DAR CONFORMIDAD AL/LOS MISMO/S CONSIGNANDO SU FIRMA, ACLARACIÓN, DNI Y FECHA. REQUISITO QUE SUPONE CONFORMIDAD CON LA RECETA EXPENDIDA, TANTO EN LO REFERENTE A LOS MEDICAMENTOS PROPIAMENTE DICHO COMO ASI TAMBIÉN A LOS PRECIOS Y DESCUENTOS PRACTICADOS.



## AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

### REFERENCIAS:

1. Descripción: Monodroga / Marca Comercial del Medicamento
2. Resolución: se indica el estado de la autorización. Ej. No requiere autorización
3. Prescripción: se indica la fecha de la prescripción médica
4. Carga: se indica la fecha de carga al Sistema del pedido de autorización
5. Observaciones: en este espacio el Médico Auditor de Jerárquicos informará todo aquello que considere necesario aclarar al Socio o al Prestador. Por ej.: Justificación de Rechazo.

### Las alternativas de Resolución podrán ser:

- **No requiere autorización:** si la medicación solicitada no requiere de la misma. (Según normativas vigentes).
- **Pendiente de resolución:** en este caso el expediente no es válido hasta su resolución.
- **Rechazado:** refiere a los medicamentos que no han sido autorizados por nuestra Auditoría y, en consecuencia, no deberán ser facturados a Jerárquicos.
- **Autorizado:** refiere a los medicamentos que la Auditoría de la Obra Social ha autorizado, por lo que pueden ser válidamente facturados por el Prestador.

Solamente en los estados correspondientes al primer y último ítem, Jerárquicos hará efectivo el pago de la facturación. En los demás casos, la documentación recibida será observada y devuelta por no reunir las condiciones anteriormente descritas.

El Prestador que recibe de un asociado de Jerárquicos el "Expediente de Autorización de Medicamentos", debe exigir al mismo tiempo la respectiva "Prescripción Médica Original", y verificar la concordancia de los datos estipulados en ambos documentos (Fecha de Prescripción Médica; Medicamentos autorizados), a los fines de evitar confusiones e inconvenientes al momento de facturar la prestación realizada.

## CASOS PARTICULARES

- **SIN STOCK:** Las farmacias procederán a la dispensa del/los medicamento/s autorizados por la Obra Social. En caso de no contar en stock con la medicación autorizada, se podrá aplicar la "Ley de Genéricos" (Ley 25.694), previo consentimiento del Socio en la receta médica solicitando sustitución.
- **DIFERENCIA DE PRECIO:** En los medicamentos autorizados al 100%, debe respetarse el nombre comercial que figura en el "Expediente de Autorización de Medicamentos" emitido a requerimiento del Socio. En caso de tener que sustituirlo/s por un genérico de mayor valor, se deberá consultar previamente a la Obra Social.

Si la farmacia procede a la dispensa de un medicamento de importe superior al autorizado por Jerárquicos, sin el consentimiento de la Auditoría, se abonará el importe del medicamento que figure en la Autorización.



## EXCLUSIONES

### A LA COBERTURA

- Medicamentos de venta libre.
- Medicamentos sin aprobación de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).
- Bioenergizante.
- Dispositivo Intrauterino / Anillo vaginal / Parche anticonceptivo / Anticoncepción subdérmica.
- Emolientes.
- Energizante Psicofísico.
- Fórmulas de preparados magistrales.
- Productos dietéticos y de herboristería.
- Productos homeopáticos.
- Reconstituyente Dérmico / Dermatocosméticos / Nutriente dérmico.
- Tratamiento de cesación tabáquica.
- Tratamiento de la Disfunción Eréctil.
- Tratamiento Disfunción Sexual Masculina.
- Vacunas incluidas en el Calendario Nacional de Vacunación (ver apartado: Exclusiones en Vacunas).

### CON EXCEPCIÓN

Los medicamentos del siguiente listado se encuentran excluidos excepto que los mismos estén indicados para Socios que se encuentren en Programas con Cobertura especial. En este caso, el Socio deberá presentar al Farmacéutico el "expediente de autorización de medicamentos" junto a la credencial de Jerárquicos y el DNI.

- Insumos / descartables.
- Inductor Ovulación.
- Leches maternizadas y medicamentosas.
- Medicamentos para tratamiento de la obesidad.
- Orexígeno.
- Anorexígeno.
- Polivitamínico Polimineral.
- Polivitamínico.
- Reconstituyente General
- Hipoglucemiantes orales y no orales (excepto Metformina)
- Insulinas
- Tiras reactivas / dispositivo para aplicación de insulina / lancetas / agujas para insulina.

### ESPECIFICAS DE MEDICACIÓN PARA DIABETES

Estos medicamentos se encuentran en el grupo de exclusiones con excepción, el socio deberá presentar al Farmacéutico el "expediente de autorización de medicamentos" junto a la prescripción médica, credencial de Jerárquicos y el DNI.

### EN VACUNAS

Vacunas de HPV (Virus del Papiloma Humano): quedan excluidas de la cobertura todas aquellas personas que se encuentran fuera del grupo contemplado en el Calendario de Vacunación (niñas de 11 años de edad).

Vacunas para la prevención del Herpes Zoster: quedan excluidas de la cobertura.



## EXCLUSIONES

### VACUNAS DE CALENDARIO

Las vacunas de calendario se encuentran excluidas. Excepcionalmente el afiliado se podrá presentar con autorización.

**Excepción:** La vacuna antigripal en socios mayores de 65 años se podrá expender sin autorización previa y con cobertura del 100%. Se deberá verificar la edad en el DNI.

### VACUNAS EXTRACALENDARIO

Estas vacunas no requieren autorización previa. La cobertura será al porcentaje del plan de salud.

**Excepción:** VRS (Palivizumab) **requiere autorización previa.**

### CUADRO RESUMEN

DESCRIPCIÓN	DOC. A PRESENTAR	EXCEPCIÓN
VACUNAS DE CALENDARIO	Credencial + DNI + receta + autorización previa	Vacuna antigripal
VACUNAS EXTRA CALENDARIO	Credencial + DNI + receta	Vacuna VRS (Palivizumab)

## FACTURACIÓN

### DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:

Documentación de respaldo (receta original, troqueles, expediente de autorización de medicamentos, etc).

Una carátula de presentación, armada en un solo lote por el total de la facturación mensual, indicando como mínimo el importe total facturado PVP y total a cargo de Jerárquicos Salud.

### PLAZOS Y CANTIDAD DE PRESENTACIÓN:

En cuanto al plazo y cantidad de presentación, sólo se aceptará una (1) presentación de facturación mensual, teniendo el prestador 120 (ciento veinte) días corridos de plazo de presentación, computados desde la prestación del servicio. Superado el período de tiempo señalado, los medicamentos correspondientes serán pasibles de débito por dicho motivo.



## FACTURACIÓN

### NORMAS GENERALES:

- A fin de obviar dificultades a los socios, todos los médicos prescriptores como así también los farmacéuticos, deberán dar cumplimiento a las normas que rigen el expendio de medicamentos y los requisitos señalados en la presente normativa.
- No se aceptarán copias de las prescripciones médicas o recetas
- Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento, dando cumplimiento a lo establecido en el Art.2 Ley 25.649.
- La presencia en la receta de enmiendas, tachaduras o raspaduras, invalidará la misma para su pago posterior, si no está debidamente salvada por el profesional tratante.
- No se reconocerán como válidas, aquellas recetas donde los datos que la misma contiene no sean claramente legibles en su totalidad.
- En caso de Internación, el registro en la Historia Clínica es lo que refleja fehacientemente lo realizado y la legitimidad de lo realizado, por lo expuesto es que lo facturado deberá constar expresamente en la misma.
- Las farmacias procederán a la dispensa de medicamentos contra la presentación de toda la documentación exigida en cada caso por parte del socio, quedando bajo su exclusiva responsabilidad el no cumplimiento.
- La auditoría administrativa y profesional adopta y aplica para el control de la facturación las regulaciones legales existentes y la presente normativa en todo su contenido.
- Toda facturación que Jerárquicos reciba dando cumplimiento a la presente normativa, gozará de toda autenticidad, revistiendo así el carácter de prestaciones correctamente facturadas y sujetas al régimen de pago de la Obra Social.
- Toda facturación que Jerárquicos reciba no dando cumplimiento de los requisitos exigidos en la normativa descripta, será pasible de débito y devuelta a los fines de ser correctamente presentada, en los casos que el punto observado pueda ser subsanado y refacturado como tal, ya sea total o parcialmente.
- Toda medicación trazable, deberá cumplir con las regulaciones legales vigentes. Resolución (MS) 435/2011, Disposiciones N° 3683/2011, N° 1831/2012, N° 247/2013 y N° 963/2015, N° 10564/2016.
- Troqueles: deberán ser adjuntos al recetario únicamente con pegamento (no usar cinta adhesiva ni abrochadora).
- Ticket: deberá ser adjunto en el dorso del recetario de forma vertical. Podrá adherirse únicamente con pegamento (ni gancho metálico, ni cinta adhesiva).



## REENVIO DE DOCUMENTACIÓN

Ante la presencia de un débito, como consecuencia del procesamiento de la auditoría administrativa, el prestador podrá subsanar la observación realizada y reenviar la documentación y/o información faltante que originaron el débito realizado, si dicha opción aplica al caso concreto.

**Débitos refactorables:** En estos casos será aceptado el reenvío de documentación y/o información solicitada en alguno de los casos detallados:

- Receta sin diagnóstico: se realiza esta devolución para que se complete el Diagnóstico. ÚNICAMENTE por el médico prescriptor avalada con su firma, sello y fecha. De no contar con esta revalidación, la receta le será debitada sin posibilidad de ser presentada nuevamente.
- Falta de troquel: Se devuelve la receta junto a la documentación a los efectos de que se le adjunte el troquel faltante.

**Débitos no refactorables:** Ante la presencia de este tipo de débitos, el Profesional Farmacéutico en ningún caso podrá revalidar la documentación, ni refactorar:

- Error / diferencia en precio: en caso de error/diferencia en el precio facturado del medicamento, se abonará de acuerdo al importe de la medicación efectivamente entregada a la fecha de venta, teniendo en cuenta el % de cobertura según servicio de salud del socio. Se aplicará el débito sobre el importe excedente.
- Falta de conformidad del Socio: la conformidad del socio debe registrarse SIEMPRE con su firma, aclaración y DNI.
- Falta de fecha de prescripción: las recetas que no cuenten con la fecha de prescripción, estén en forma - parcial o enmendada- sin la salvedad del profesional, serán debitadas.
- Falta sello y firma del médico prescriptor.
- Receta vencida: en este caso será devuelta por expendio del medicamento con receta vencida haber expirado su plazo de vigencia (30 días corridos computados a partir de la fecha de prescripción y su fecha de venta).
- Receta no salvada: la presencia en la receta de enmiendas, tachaduras o raspaduras, que no se encuentren debidamente salvadas por el profesional prescriptor, invalidará la misma para su reconocimiento como tal.
- Venta de medicación excluida de la cobertura, según normativa vigente.
- Receta sin validez legal, "toda receta o prescripción médica que no cumpla con lo establecido en el Art. 2 de la Ley 25.649, se tendrá por no prescripta, careciendo de valor alguno para el expendio del medicamento de que se trata". (Art. 3). De recibir facturada alguna receta bajo las circunstancias descriptas, se aplicará el débito correspondiente, dando cumplimiento a la regulación legal vigente.
- **Formulario NO válido para facturar:** de facturarse el mencionado formulario, el mismo será debitado ya que no reviste carácter de expediente de autorización de medicamentos para su dispensa en farmacia. Ver leyenda contenida en el mismo.



## REENVÍO DE DOCUMENTACIÓN

SE ADJUNTA MODELO:

**JERÁRQUICOS**

Receta N°: [REDACTED]

Medicamentos prescritos en expediente N°: 5897194

Socio: [REDACTED] Plan: PM Edad: [REDACTED] Año: [REDACTED]

Localidad: FIRMAT Prescripción: 30/09/2016 Fecha: 30/09/2016

**IMPORTANTE:**  
EL PRESENTE REPORTE SE OFRECE ÚNICAMENTE PARA USO INFORMATIVO DEL SOCIO.  
NO ES VÁLIDO NI DEBE UTILIZARSE PARA COMPRAS EN FARMACIAS O FACTURACIÓN POR NINGÚN CONCEPTO.

Cant.	Código	Descripción	Resolución	% Cobertura	Observaciones
1	MAG219	HIERRO FERNJECT - Pms: 3x1	Autorizado	100,00	

DEPARTAMENTO AUDITORÍA MÉDICA

Nota: [REDACTED]

### IMPORTANTE:

PARA EL REENVÍO DE RECETAS DEVUELTAS, SE DEBERÁ ADJUNTAR LA CARÁTULA REMITIDA OPORTUNAMENTE CON EL MOTIVO POR EL CUAL SE GENERÓ EL DÉBITO.

## PROGRAMA MATERNO INFANTIL

A través de este programa, se garantiza el 100% de la cobertura en todo lo referente a la atención integral del embarazo, parto y puerperio, y del niño hasta el primer año de vida. Para el acceso a los medicamentos inherentes al Programa Materno Infantil (Plan de cobertura Madre y Plan de cobertura niño), consulte la Modalidad Operativa Específica, anexa a la Presente.



## MODELO DE CREDENCIALES

El socio podrá optar por acceder a la prestación o atención, con la credencial física o la credencial virtual, teniendo ambas la misma validez.

### CREDECIAL FÍSICA

Credencial habilitante que lo identifique como tal. La misma debe encontrarse en vigencia. Verifique las fechas de activación y vencimiento.



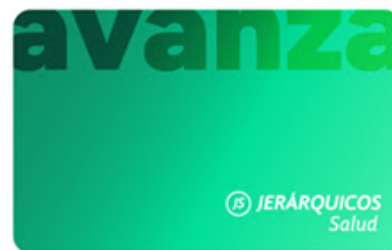
### REFERENCIAS:

1. Número Único: número de tarjeta de crédito de 16 a 18 dígitos según corresponda. Identificación Única e Irrepetible (No válido para facturar).
2. Información General del Socio: número de Socio; Nombre y Apellido, DNI, Plan de Salud
3. Banda Magnética: información para el acceso a servicios por lectoras magnéticas.
4. Código: números únicos de seguridad.
5. Fecha de vencimiento y de activación, de la credencial.

#### JS conecta



#### JS avanza



#### JS impulsa



#### JS elite



## MODELO DE CREDENCIALES

### CREDECIAL VIRTUAL

Se encuentra disponible en la aplicación para socios Jerárquicos Móvil, la cual contiene la misma información actualmente suministrada en la credencial física.



### REFERENCIAS:

1. QR con datos de la banda magnética
2. Foto de Perfil (elegida por el Socio)
3. Logo Animado de Jerárquicos
4. Datos de la Credencial

**IMPORTANTE:** EL LOGO ANIMADO (EN MOVIMIENTO) DE LA CREDENCIAL ACREDITA QUE LA MISMA NO SE TRATA DE UNA FOTO TOMADA.

Tocando la credencial virtual, la misma girará, presentando la misma información hoy disponible al dorso de la credencial física:



Si el socio tiene activo el Programa Materno Infantil, ya sea con el plan de cobertura para la Madre o para el Niño, se visualizará dicha condición en la credencial virtual, comose muestra a continuación:



## CERTIFICADO PROVISORIO

El certificado provisorio debe ser presentado ante la circunstancia de credencial en trámite o eventual ausencia de la misma. El mismo se emite desde la Administración de Jerárquicos, pudiendo también el Socio imprimirlo ingresando al sitio de autogestión de la página web. (Válido para Credencial Física)




**CERTIFICADO PROVISORIO**

Fecha de emisión:	18/09/2015
Apellido y nombre:	ECHIVETTI, AUGUSTO DANIEL
Número de socio:	96505 - 00
DNI:	32327035
Servicio de salud:	PMI 2000
Inicio de cobertura:	01/09/2012
Validez del certificado:	18/10/2015

Sr. Prestador:

- El poseedor del presente certificado provisorio tiene su credencial en trámite.
- El certificado tendrá validez únicamente cuando el socio presente el documento que acredite su identidad.

## MODELO DE RECETARIO OFICIAL



**Recetario de Medicamentos**

TROQUEL <i>Rp1</i>	TROQUEL <i>Rp2</i>	TROQUEL <i>Rp3</i>	N° 00000000
SOCIO N° / APELLIDO Y NOMBRE <b>01</b>		EDAD	SEXO M F
GENÉRICO / FORMA FARMACÉUTICA / CONCENTRACIÓN		PRESENTACIÓN / ENVASE	DOSIS DIARIA
IMPORTE			
<b>02</b>			
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO (CAMPO OBLIGATORIO) <b>03</b>		TOTAL	
Este recetario vence a los 15 días de prescripción		A CARGO DEL SOCIO	
		A CARGO DE LA OBRA SOCIAL	
<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	
LOCALIDAD	SELO Y FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL SOCIO	DNI
FECHA		ACLARACIÓN	FECHA

VIR INFORMACIÓN IMPORTANTE AL DORSO  
Rev. 04 - Julio 2015

**REFERENCIAS:**

1. Datos del Socio (N° de Socio; Nombre y Apellido; Edad; Sexo).
2. Descripción de la medicación (Monodroga; Nombre Comercial; Presentación; Dosis Diaria).
3. Diagnóstico presuntivo.
4. Fecha, Localidad.
5. Firma y Sello del Profesional.
6. Firma, Aclaración y DNI del Socio. Fecha de entrega.