

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA FARMACIAS

Normas Operativas de Validación y Presentación de Recetas

1. OBJETIVO

El presente Manual de Procedimientos tiene por objeto establecer las normas operativas para la validación, dispensación y presentación de recetas correspondientes a los afiliados de HIGEA Salud, garantizando la correcta aplicación de la cobertura farmacéutica y la adecuada liquidación de las prestaciones.

2. VALIDACIÓN DE RECETAS

2.1 Validez de la receta

La receta tendrá una vigencia de **treinta (30) días corridos** contados desde la fecha de prescripción hasta la fecha de venta.

Las recetas vencidas no podrán ser validadas ni dispensadas.

2.2 Cantidad de recetas por autorización

Se podrán autorizar:

- Hasta **dos (2) Recetas Prescripción (RP)** por autorización.
 - Como mínimo deberá existir **una (1) RP** para realizar la validación.
-

2.3 Cantidad de medicamentos autorizados

Se autorizarán:

- Hasta **dos (2) unidades por cada RP**.

Cuando el afiliado requiera una cantidad superior, la farmacia deberá derivar la solicitud al área de Auditoría de la Obra Social para su evaluación y autorización, la cual se realiza de manera virtual y se verá reflejado en el sistema de farmacia.
NO HAY MAS AUTORIZACIONES MANUALES

2.4 Requisitos de la receta

Para su validación, la receta deberá contener:

- Nombre y Apellido del afiliado.
- Número de afiliado.
- Obra Social.
- Medicación prescripta.
- Prescripción por monodroga.
- Firma y sello del profesional prescriptor cuando corresponda.
- Fecha de prescripción.

Asimismo, para la autorización será obligatorio incorporar el **troquel del producto comercial** correspondiente.

2.5 Documentación requerida para la dispensa

El afiliado deberá presentar:

- Credencial vigente de HIGEA Salud.
- Receta Prescripción (RP).

La receta deberá contener obligatoriamente:

- Nombre y apellido del afiliado.
 - Número de afiliado.
 - Obra Social.
 - Hasta dos medicamentos por receta.
-

2.6 Prescripción médica

Todos los medicamentos deberán encontrarse prescriptos **por su denominación genérica (monodroga)**.

No se autorizarán recetas cuya prescripción no cumpla con este requisito.

2.7 Autorizaciones

La operatoria del convenio establece que **todas las recetas deberán validarse exclusivamente a través del sistema de validación.**

No corresponde realizar autorizaciones manuales, serán visualizadas por la farmacia en la pantalla de cronicidad con DNI del paciente y con diagnóstico ALTO COSTO.

Ante inconvenientes o situaciones excepcionales deberá consultarse previamente con el área de Auditoría.

3. PLANES ESPECIALES

3.1 Plan Materno (PM) y Plan Materno Infantil (PMI)

El área de Auditoría será la responsable de:

- Dar de alta el beneficio.
- Registrar la fecha de inicio.
- Registrar la fecha de finalización de la cobertura.

Una vez cargado el beneficio, la farmacia deberá validar la receta seleccionando dentro del sistema, en el sector **Plan Temporal**, la opción correspondiente:

- Plan Materno.
- Plan Materno Infantil.

Todos los planes utilizan la misma credencial del afiliado y actualmente no poseen una credencial diferenciada.

3.2 Tratamientos Crónicos

Las coberturas especiales correspondientes a tratamientos crónicos con descuentos del:

- 70%

- 100%

serán administradas y autorizadas exclusivamente por el área de Auditoría.

Las farmacias dispondrán en el sistema de una pestaña denominada "**CRONICIDAD**", donde podrán consultar la medicación autorizada para los afiliados con tratamiento crónico.

Para la dispensa, el afiliado deberá presentar únicamente su **credencial de HIGEA Salud**. La farmacia podrá identificar el tratamiento ingresando el **número de afiliado o el DNI** del beneficiario.

Una vez identificado el afiliado, el sistema mostrará la medicación autorizada según el **Certificado de Cronicidad** vigente, permitiendo la dispensa **sin necesidad de receta médica**.

La cobertura habilita la entrega de **un (1) envase por cada medicamento autorizado, por mes**, conforme a la medicación registrada en el sistema.

La autorización del tratamiento tendrá una vigencia de **seis (6) meses**. Durante ese período, el sistema visualizará las cantidades correspondientes para la dispensa mensual.

Cumplido dicho plazo, el afiliado deberá gestionar la **renovación del Certificado de Cronicidad** ante HIGEA Salud para mantener la continuidad del beneficio.

La dispensa de los **métodos anticonceptivos** se realizará bajo la misma modalidad establecida para los tratamientos crónicos.

Las farmacias encontrarán estos productos dentro de la pestaña "**CRONICIDAD**", identificados con el diagnóstico "**ANTICONCEPCIÓN**".

Para la dispensa, el afiliado deberá presentar únicamente su **credencial de HIGEA Salud**. La farmacia podrá acceder al beneficio ingresando el **número de afiliado o el DNI** del beneficiario, sin necesidad de receta médica, siempre que el tratamiento se encuentre vigente y registrado en el sistema.

La entrega se efectuará de acuerdo con la cobertura autorizada y la periodicidad establecida por HIGEA Salud, conforme a la información registrada en el sistema.

4. PRESENTACIÓN DE RECETAS

4.1 Plazo de presentación

Las recetas podrán presentarse hasta los **sesenta (60) días corridos** contados desde la fecha de venta registrada en la validación.

Una vez vencido dicho plazo, las recetas dejarán de estar disponibles para ser incorporadas a la presentación.

4.2 Período de presentación

A partir del **primer día de cada mes**, se habilitará un período de **diez (10) días corridos** para efectuar la presentación de recetas correspondientes al período anterior.

5. CONDICIONES DE PRESENTACIÓN

Las recetas deberán presentarse cumpliendo los siguientes requisitos:

- Separadas por Plan.
- Numeradas en forma correlativa.
- Con los troqueles adheridos en el frente de la receta, en la parte superior, permitiendo su correcta visualización.
- Con la validación impresa en el dorso de la receta.
- Con el ticket de venta perfectamente legible.
- Todas las recetas deberán encontrarse previamente validadas en el sistema.

Las presentaciones que no cumplan estas condiciones podrán ser observadas o rechazadas para su liquidación.

6. CONSULTAS Y CASOS ESPECIALES

Toda situación no contemplada en el presente manual, así como solicitudes de excepciones, autorizaciones especiales o ampliaciones de cobertura, deberán ser remitidas al Área de Auditoría de HIGEA Salud para su evaluación.



HIGEA Salud
Manual de Procedimientos para Farmacias
Versión 07/2026