

Norma de Atención N°: 5004  
 Vigencia: 01/04/2018

### COADYUVANTES

	A CARGO ENTIDAD	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
COADYUVANTES (*)	70% - 100%	30% - 0%	MANUAL FARMACEUTICO (*)
LECHES MATERNIZADAS (*) (*)	100%	0%	MANUAL FARMACEUTICO (*)

#### CREDECIAL

Definitiva: SI  
 Provisoria: NO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

#### TIPO DE RECETARIO

Oficial: SI  
 Particular: SI

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos

#### PSICOFARMACOS

Duplicado: SI  
 Fotocopias: NO

#### ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.

Con sello: SI                      Manuscrito: NO

#### ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES

(cuando supere la unidad)  
 Letras: SI                      Números: SI

#### LIMITACIONES CANTIDAD

Lo asignado para cada afiliado por VADEMECUM

#### LIMITACIONES DE TAMAÑO

**Si indica:** Lo requerido.

**Si no indica:** El menor.

**Si indica "GRANDE":** El inmediato siguiente al menor.

**Si erra:** El inmediato inferior al indicado.

#### ESPECIALIDADES EXCLUIDAS

PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO SE ENCUENTREN AUTORIZADOS POR EL CENTRO DE SEGUIMIENTO.

#### AUTORIZACIONES (\*2)

#### ENMIENDAS SALVADAS:

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por el afiliado: SI (errores de expendio)

#### PRESENTACION (\*3)

**FACTURACION Y REFACTURACION:** Ver normas generales de atención y presentación.

#### (\*) COBERTURA

- Antes de cada expendio la farmacia deberá comunicarse con el CENTRO DE SEGUIMIENTO para pacientes crónicos al **0810-345-NUTR (6887)** o bien ingresando a la **página web <https://cronicos.nutrar.com>**, a efectos de solicitar el código de autorización correspondiente para el suministro de los medicamentos prescriptos, el cual deberán volcar en cada una de las recetas.
- En ese mismo momento la farmacia deberá solicitar el descuento a efectuar.
- La receta deberá ser siempre ORIGINAL, sin excepción.

## COADYUVANTES

---

### (\*1) LECHES MATERNIZADAS

- Antes de cada expendio la farmacia deberá comunicarse con el CENTRO DE SEGUIMIENTO para pacientes crónicos al **0810-345-NUTR (6887)** o bien ingresando a la **página web <https://cronicos.nutrar.com>**, a efectos de solicitar el código de autorización correspondiente para el suministro de los medicamentos prescritos, el cual deberán volcar en cada una de las recetas.
- La receta deberá ser siempre ORIGINAL e indicar:
  - a) Nombre y apellido del beneficiario.
  - b) N° de credencial.
  - c) Leches (marca).
  - d) Cantidad: **4 kg.** de leche maternizada en polvo por mes.

### (\*2) AUTORIZACIONES

Cualquier excepción a las presentes Normas deberá estar autorizada por OSIM

### (\*3) PRESENTACION

Los distintos planes se deberán presentar en lotes por separado, conforme el siguiente esquema:

- 70% COADYUVANTES
- 100% COADYUVANTES
- 100% LECHES MATERNIZADAS

**Sólo se aceptaran recetas pertenecientes al período presentado más el remanente del mes anterior.**

#### **MUY IMPORTANTE:**

**TODO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS GENERALES DE ATENCION Y PRESENTACION ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.**