

Norma de Atención N°: 5571

Vigencia: 06/09/2023

| | A CARGO ENTIDAD | A CARGO AFILIADO | COBERTURA SOBRE |
|-----------------|-----------------|------------------|----------------------|
| CRONICIDAD (*1) | 70% | 30% | VADEMÉCUM CRONICIDAD |

CREDECIAL

Definitiva: SI
Provisoria: SI

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

TIPO DE RECETARIO (*2)

Oficial: SI
Particular: SI
Digital /Electrónico: SI
Emergencias Médicas: SI

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos

PSICOFÁRMACOS

Duplicado: SI
Fotocopias: NO

ACLARACIÓN FIRMA MEDICO Y N° MATR.

Con sello: SI Manuscrito: NO

ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES

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

LIMITACIONES CANTIDAD

Hasta tres (3) especialidades diferentes por receta y hasta dos (2) envases de tamaño chico o uno (1) grande por renglón.

Excepciones:

- **Antibióticos inyectables monodosis:** Hasta seis (6) unidades.

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

- VENTA LIBRE
- FORMULAS MAGISTRALES
- MEDICACION PARA HIV
- MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS Y COADYUVANTES
- INSULINAS
- TIRAS REACTIVAS
- MATERIAL DESCARTABLE
- ALIMENTOS
- PRODUCTOS DIETETICOS
- MEDICAMENTOS Y/O PRODUCTOS DE INTERNACION
- MEDISO DE CONTRASTE
- PERFUMERIA
- ARTICULOS PARA FIJAR DENTADURAS
- PRODUCTOS HOSPITALARIOS
- PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCION SEXUAL MASCULINA

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el médico: SI (errores de prescripción)
Por el afiliado: SI (errores de expendio)

PRESENTACIÓN (*4)

FACTURACION Y REFACTURACIÓN: Ver normas generales de atención y presentación.

Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle de grado de concentración.

Norma de Atención N°: 5571

Vigencia: **06/09/2023**

(* COBERTURA

Exclusivo para los afiliados de los planes:

PLAN 1000
PLAN 3000 NO GRAVADO
PLAN 3000 GRAVADO
PLAN 5000
PLAN PLATINO
PLAN 5000 APM

(*1) CRONICIDAD

- a) Antes de cada expendio la farmacia deberá **ingresar a la página web www://crónicos.nutrar.com** o bien comunicarse con el CENTRO DE SEGUIMIENTO para pacientes crónicos al **0810-345-6887**, a efectos de solicitar o gestionar el código de autorización correspondiente para el suministro de los medicamentos prescritos, el cual deberán volcar en cada una de las recetas.
- a) La farmacia facturará el primer mes adjuntando la receta (original) confeccionada por el profesional. En los cinco meses subsiguientes deberá facturar adjuntando una fotocopia de la receta original con el **Código de Autorización SEMESTRAL** otorgado por el Centro de Seguimiento de Pacientes Crónicos.

(*2) TIPO DE RECETARIO

Datos a completar por el profesional, de su puño y letra y con la misma tinta:

- Denominación de la entidad.
- Nombre y apellido del beneficiario.
- Número de beneficiario y plan correspondiente.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno.
- Firma y sello con número de matrícula y aclaración.
- Fecha de prescripción.
- Diagnóstico.

Serán válidas también las recetas confeccionadas en formato digital, con la firma del médico prescriptor realizada en tinta de lapicera y/o birome, electrónica o digital.

(*3) PRESENTACIÓN

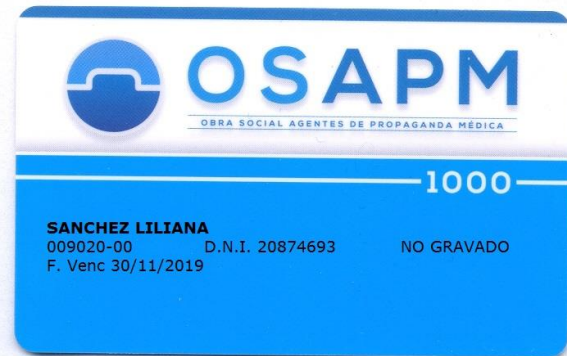
Los distintos descuentos se deberán presentar en lotes por separado, conforme el siguiente esquema:

- 70% CRONICIDAD

Norma de Atención N°: 5571
Vigencia: 06/09/2023

MUY IMPORTANTE:
TODO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS GENERALES DE ATENCIÓN Y PRESENTACIÓN ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.

MODELO DE CREDENCIAL



Norma de Atención N°: 5571

Vigencia: **06/09/2023**

