

1) PLANES Y COBERTURAS

Córdoba Capital	40%
Río Cuarto	40%
Regional	48%
Crónico Capital e Interior (*)	70%
Anticonceptivos	100%
Diabetes Capital	100%
Diabetes sin reposición	100%
Discapacidad (*)	100%
Plan Materno Infantil	100%
Tratamientos Especiales	100%
Diabetes	100%
Autorizaciones Especiales	100%
Varios	Medicamentos con diferentes coberturas
Tiras e insulinas por reposición	Reposición por Cocofa

(*) Sujeto a empadronamiento previo y a vademécum.

Los descuentos mencionados se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM de Mis Validaciones.

Cuando se prescribe una marca no incluida en el vademécum la farmacia debe sustituirla por otra que figure en el mismo (que contenga el mismo principio activo, concentración y forma farmacéutica).

Cuando se prescribe por principio activo la farmacia debe expender la marca que figura en el vademécum (que contenga el principio activo, concentración y forma farmacéutica indicados).

Si hubiere una marca sugerida por el profesional, la farmacia debe expender la misma, en caso de no haber sugerencia alguna ofrecerá al beneficiario todas las alternativas disponibles para ese principio activo y presentación.

2) REQUISITOS DE LA RECETA

Tipo de Recetario:	De todo tipo (Oficial, particular o de Instituciones) Nuevo modelo/formato de prescripción de medicamentos para los afiliados de la OS (ver modelo al final de la normativa) El mismo es válido para los planes crónicos, ambulatorios, PMI, anticoncepción y diabetes de Luz y Fuerza. Los datos que en el formulario receta figuren pueden estar íntegramente colocados en formato digital (firma, fecha, etc.). Se acepta el recetario electrónico del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba (ver modelo)
Datos contenidos en la receta:	Nombre y Apellido del paciente Número de afiliado tal como figura en la credencial Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letras; se debe recetar por monodroga. Firma y sello del Médico con número de matrícula y aclaración Fecha de prescripción
Validez:	Para la Venta: 30 días Para la Presentación: 45 días a partir de la fecha de venta
Limitación en cantidad y tamaño	Cantidad de renglones: 2 (dos) Cantidad de envases por renglón: Hasta 1 (un) envase Cantidad de envases por receta: Hasta 2 (dos) envases Limites de tamaño: Hasta 1 (un) envase grande por receta

Antibióticos inyectables:	Presentación	Entregar
	Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla	Hasta 5 (cinco) por receta. Se considera tamaño grande a los efectos del límite de envases por receta
	Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla	Hasta 2 (dos) por receta. Se considera tamaño chico a los efectos del límite de envases por receta
Psicofármacos:	El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales de vigencia.	
Otras especificaciones:	Cuando el medico	Debe entregarse
	No especifica cantidades	El envase de menor contenido
	Solo indica la palabra "grande"	La presentación siguiente a la menor
	Equivoca la cantidad y/o contenido	El tamaño inmediato inferior al indicado

3) REQUISITOS DEL AFILIADO

- Credencial
- Documento de Identidad

4) REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO

La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:	Código de farmacia
	Fecha de venta
	Sigla "S/T", si correspondiera
	Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales)
	Sello de la Farmacia y firma de Farmacéutico
	Firma y aclaración de quien retira los medicamentos
	Ticket de venta, copia o factura manual

5) ENMIENDAS

Las correcciones y enmiendas a la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma

Las correcciones y enmiendas sobre datos de filiación del paciente deberán ser salvadas por el farmacéutico con su sello y firma.

De existir alguna enmienda hecha por la farmacia en los importes de la receta, esta deberá estar salvada con la firma del afiliado y consignar la aclaración del error cometido, al dorso de la receta. Los cambios evidentes en la tinta o letra que detalla los importes da cargo de Obra Social y/o del afiliado, así como la fecha de venta y las enmiendas en el número de orden, deberán estar salvados convenientemente por el farmacéutico.

6) VALIDACION

A través de www.misvalidaciones.com.ar

¿Cómo validar?

Con la receta a validar en mano ingresar a su usuario de la página Web de "Mis Validaciones". (www.misvalidaciones.com.ar), seleccionar la obra social y hacer click la opción de menú: Validar receta. Colocar el DNI o N° de afiliado y seleccionar el mismo.

Los afiliados con cobertura **CRONICA 70%** deben estar empadronados para recibir la medicación con la mencionada cobertura.

7) AUTORIZACIONES

Las recetas con coberturas especiales, deben venir autorizadas mediante un código de Mis Validaciones, por la obra social. La farmacia deberá colocar el código en el campo "numero de receta".

8) PADRON DE AFILIADOS

NO DESCRIBE

9) PADRON DE PRESTADORES

NO DESCRIBE

10) VADEMECUM

NO DESCRIBE

11) EXCLUSIONES Y/O INCLUSIONES

NO DESCRIBE

12) PRESENTACION

Mensual, 2ª Quincena

13) BONIFICACION

8% s/ T.F.

14) OBSERVACIONES

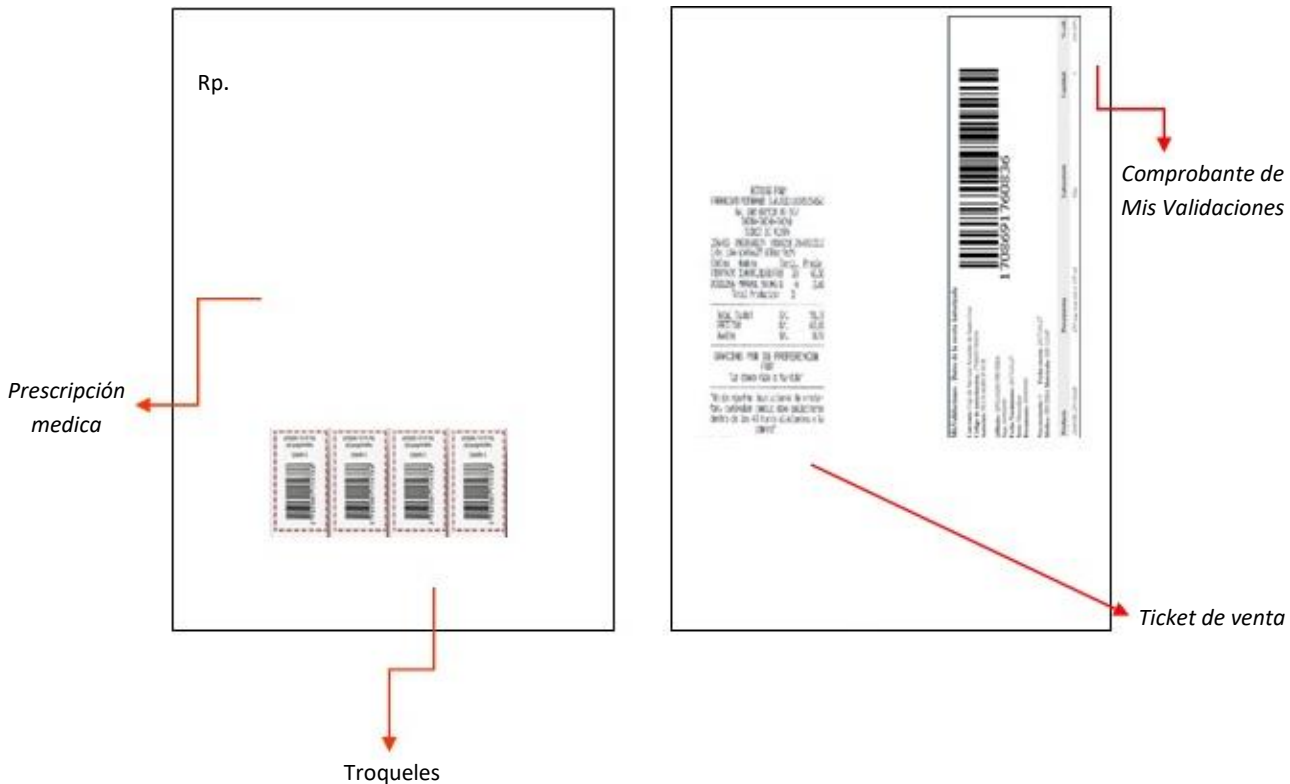
¿Cómo presentar las recetas a Farmanexus?

Realizar el cierre de lote, a través de Mis Validaciones, por plan.

Disponer de la siguiente manera la documentación:

Receta FRENTE

Receta DORSO



Si la farmacia homologa su sistema de facturación con el validador de Mis Validaciones, no es necesario presentar el comprobante expendido por la página al momento de validar. Tener en cuenta que, en estos casos, el código de validación debe estar visible en el ticket de venta.

Modelo de Credencial



Modelo de Recetario

Desde el día 1 de Febrero de 2023, se comenzará a recepcionar en los mostradores el siguiente modelo/formato de prescripción de medicamentos para los afiliados de la OS:

Paciente		
Apellido y Nombre: ALVAREZ, MARIANELA CELESTE	Plano: OSPLYFC	
Nro. Afiliado: 774903	DNI: 39612072	
Diagnostico: ANTICONCEPCION		
Medicamento	Cantidad	Indicaciones
KALA MD 24 comp.recx 28 (drospirenona+etinilestradiol)	1	Por las mañanas una vez al día en ayunas
Profesional		
Fecha: 16/01/2023	M.P.: 33883/1	
Firmado Digitalmente: Fernando M. Cardoso	M.N.: 168592	
Especialidad: Médico		
Autoridad Certificante: Autoridad Certificante de la Administración Pública		
Receta válida hasta el día: 16/02/2023 (un mes).		

El mismo es válido para los planes crónicos, ambulatorios, PMI, anticoncepción y diabetes de Luz y Fuerza. Los datos que en el formulario receta figuren pueden estar íntegramente colocados en formato digital (firma, fecha, etc.)

Modelo Receta Electrónica Consejo de médicos de la Provincia de Córdoba

Receta Electrónica

ORIGINAL



Nro: 000001648-1

Fecha: 24-06-2022

Paciente

Arfini Fiorella - DNI: XXXXXXXXX

Obra Social


Obra social - Nro: XXXX

Prescripción

Cant	Monodroga	Sugerida	Presentación	Dosis por día
1	XXX	XXX	20 mg comp.rec.x 30	1 comp

Diagnóstico

f41



Jorge Luis MXX
MP. 20XXXX
ME. 20XX PSIQUIATRIA

Vence el día: 24-07-2022