

1) PLANES Y COBERTURAS

PLAN	COBERTURA	VADEMECUM
• Ambulatorios	50%	Incluido en Validador
• Anticonceptivos (todos los métodos anticonceptivos de venta bajo receta)	100%	Incluido en Validador
• PMI	100%	Incluido en Validador
• Vacunas (incluidas o no en el calendario oficial de PMO)	100%	Sin rango de edad (*)

(*) A excepción de la vacuna contra HPV con cobertura al 100% hasta los 11 años de edad y luego tiene solo cobertura de 50%.

2) PLAN MATERNO INFANTIL

4) PLAN PMI

- En el caso de beneficiarios de entre 0 y 12 meses, la cobertura de medicamentos será del 100%.
- En el caso de recetas cuyo diagnóstico sea **embarazo** la cobertura de medicamentos será del 100%.

LECHES:

En el recetario debe estar especificado “plan materno”, y los meses del bebé.

-Hasta los 12 meses: al 100 %, cubre 3 Kg. ó 3 litros por mes.

En la receta del Médico debe figurar como diagnóstico leche Maternizada o Leche Medicamentosa según el caso

-Después del año: al 50 % con Informe Archivado, para leches Medicamentosas únicamente. El afiliado realiza el trámite en la Obra Social y presenta una copia del Informe Archivado junto a la receta en la farmacia.

En la receta del Médico debe figurar como diagnóstico Leche Medicamentosa.

3) REQUISITOS DE LA RECETA

Tipo de Recetario	<ul style="list-style-type: none"> • Oficial. • Recetarios Electrónicos. • Particular del Médico (Rp). • Fotocopias con la fecha actualizada y leyenda <u>copia fiel del original</u> emitidas por Caja Notarial para aquellos afiliados con tratamientos crónicos.
Validez de la Receta	30 (treinta) días
Datos contenidos en la Receta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre y Apellido del Beneficiario. 2. N° de afiliado del Beneficiario. 3. Edad del Beneficiario. 4. Fecha de prescripción (vencerá indefectiblemente a los 30 días de su emisión). 5. Medicamentos recetados, una unidad por tipo de medicamento por receta. 6. Se reconocerán hasta cuatro tipos de medicamentos por receta. 7. Firma y sello del profesional que prescribe. 8. Diagnóstico de la afección que motiva la prescripción. 9. Conformidad del beneficiario con firma y aclaración en el RP (al momento del expendio del/los medicamento/s).

	<p><u>La facturación se realizará adjuntando a la receta profesional, el o los troqueles correspondientes y la factura respectiva.</u></p> <p>RECETARIOS ELECTRÓNICOS: Firma y Sello del Médico en Original. Recordamos que debe tener todos los datos incluido diagnóstico.</p>
<p><u>RECAUDOS A TENER EN CUENTA LA FARMACIA</u></p>	
<p>• <u>DE LA PRESCRIPCIÓN</u></p> <p>⇒ Correcta consignación de todos los datos en las órdenes de medicamentos, en particular en lo referente a la categorización, consignando los últimos dígitos que identifican al titular o familiar.</p>	
<p>Limitación en cantidad y tamaño.</p>	<p>Plan Ambulatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Hasta 4 (cuatro) especialidades por receta. ⇒ Hasta 4 (cuatro) unidades por receta. ⇒ Hasta 2 (dos) envases tamaño mayor o siguiente por receta. ⇒ Hasta 2 (dos) envases tamaño chico por renglón. ⇒ Hasta 2 (dos) envase del mismo medicamento por día, al mismo afiliado. <p>Anticonceptivos: 1 (uno) envase por mes.</p>
<p>Antibióticos inyectables:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Antibióticos inyectables Monodosis: hasta 5 (cinco) unidades. ⇒ Antibióticos inyectables Multidosis: hasta 1 (uno) unidad.
<p>4) REQUISITOS DEL AFILIADO</p>	
<p>Deberá presentar:</p>	<p>Recetario</p>
<p>5) REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO</p>	
<p>• <u>DE LA DISPENSA</u></p> <p>⇒ En los recetarios para el expendio de medicamentos ambulatorios prescritos por el profesional médico, deberán adjuntar los troqueles correspondientes, adheridos al recetario con Goma de Pegar (Voligoma, plasticola o Uhu). No utilizar broches ni cinta.</p>	
<p>La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El farmacéutico deberá controlar que el nombre genérico del medicamento prescrito por el profesional médico esté debidamente consignado en el recetario. ➤ Optativamente el profesional médico además podrá sugerir un NOMBRE COMERCIAL. ➤ El farmacéutico deberá informar al afiliado las distintas marcas comerciales disponibles y sus respectivos precios, que correspondan al genérico prescrito. ➤ El afiliado optará entre las distintas marcas comerciales ofrecidas. ➤ Será motivo de débito aquella receta que No cumplimente con la prescripción del genérico (inclusive en los recetarios viejos que no contemplaban la prescripción por genérico). ➤ <u>ADJUNTAR A LA RECETA COPIA DEL TICKET FISCAL O FACTURA B O C. La falta del mismo será motivo de débito.</u>

⇒ La Farmacia **no podrá dispensar más de una unidad de un mismo medicamento, en un mismo día, a un mismo afiliado.** Esto será motivo de débito.

⇒ **Cuando no se cumpla con los requisitos precedentes, la Obra Social procederá indefectiblemente a la devolución de la documentación o en su defecto se originarán demoras en su acreditación, ya que el proceso de auditoría se verá demorado.**

6) ENMIENDAS

NO SE DESCRIBE

7) VALIDACIÓN

SI

A través de MisValidaciones www.misvalidaciones.com.ar

Todas las recetas de la Obra Social deben ser VALIDADAS, aún cuando tengan una previa autorización de Caja Notarial. En tal caso deberá cargarse el número de autorización en el campo "número de receta" y validarse.

8) AUTORIZACIONES

El monto mínimo del precio por medicamento a partir del cual se deberá solicitar autorización previa a Servicios Médicos de Caja Notarial, para su expendio, es de \$ 150.000,00 (ciento cincuenta mil pesos), o sea todo medicamento cuyo monto PVP sea mayor a \$ 150.000,00 deberá autorizarse por el médico auditor doctor Ivo Puskovic.

Para solicitar autorización de recetas (que no se puedan validar) tienen que comunicarse al 4221857 int. 216 - 218 de Lunes a Viernes 8 a 13:30hs o por mail a autorizaciones@cajanotarialcba.com.ar

9) PADRON DE AFILIADOS

NO DESCRIBE

10) PADRON DE PRESTADORES

NO DESCRIBE

11) VADEMECUM

NO

12) EXCLUSIONES Y/O INCLUSIONES

EXCLUSIONES	DERMATOLÓGICOS DE USO ESTETICO SIN COBERTURA
✓ ANESTESICOS	-ALVININE C.A CON COLÁGENO
✓ ANOREXIGENOS	-ALVININE CON ALOE VERA.
✓ ANTIOXIDANTES Y MEDICAMENTOS CON GINSENG	-BAGOVIT A CREMA X 200GR
✓ ANTITABAQUICOS	-BAGOVIT EMULSIÓN 200GR
✓ ARTICULOS DE COSMÉTICA	-BAGOVIT GEL CRISTAL
✓ CITOSTATICOS	-BENZAMYCIN GEL
✓ CONTRASTES RADIOLOGICOS	-BAGOVIT SOLAR
✓ DERMATOLOGICOS DE USO ESTETICO	-CERALIP CREMA
✓ DIETETICOS	-CELUCREM 60 GR
✓ DESCARTABLES (en ambulatorio)	-CREMISONA CREMA 50GR
✓ EDULCORANTES	-CENTELLA CREMA 200GR
✓ EVACUANTES INTESTINALES DE VENTA LIBRE	-CENTELLA RAYCREM CREMA
✓ FORMULAS MAGISTRALES	-DAYFLEX CREMA 60GR
✓ MATERIAL DE USO QUIRURGICO	-DAYPLUS C.E CREMA 60GR
✓ ONCOLOGICOS	-DERMAGLOS SOLAR -POST SOLAR-CREMA
	-ESTRIANON CREMA
	-HAMIXON P CREMA

- ✓ PRODUCTOS HOMEOPATICOS
- ✓ PRODUCTOS PARA ALIMENTACION
- ✓ PSICOENERGIZANTES Y
DESFATIGANTES
- ✓ SOLUCIONES INDOLORAS
- ✓ SOLUCIONES PARENTERALES
- ✓ SUPLEMENTOS DIETARIOS
- ✓ SUSTITUTOS DE LA SAL
- ✓ TEST PARA DIAGNOSTICOS
- ✓ VENTA LIBRE

LISTADO DE MEDICAMENTOS SIN
COBERTURA

- ✓ ALBICAR (en todas sus formas)
- ✓ GINSENG (solo o asociado)
- ✓ GLUCOVITAN B12 (en todas sus
formas)
- ✓ IMEDEEN (en todas sus formas)
- ✓ INTELIGEN (en todas sus formas)
- ✓ OPTIMINA PLUS (en todas sus
formas)
- ✓ PHARMATON-PHARMAFORT-
MARATHON
- ✓ SILDENAFIL
- ✓ TOTAL MAGNESIANO + VIT. E
- ✓ TOTAL MAGNESIANO ANTIOXIDANTE
- ✓ TOTAL MAGNESIANO C/ GINSENG
- ✓ TOTAL MAGNESIANO SPORT
- ✓ TOTAL MAGNESIANO STRESS
- ✓ XENICAL
- ✓ RADUCTIL
- ✓ SALMOCALCIN NASAL

- HAMIXON B CREMA
- HAMIXON F CREMA
- LACTOCREN PLUS CREMA X 20GR
- LACTOGLICOL EMULSIÓN 20GR
- LACTICARE LOCIÓN 120ML
- LIPOSOM CREMA 50GR
- NUTRALCON CREMA
- NEOSTRATA CREMA-GEL
- NITEREY CREMA
- NIO CREME CREMA-GEL
- NIO CREME C-LIPOSOMAS
- PURSELINA CREMA
- REAFIRMANT CREMA
- RAYCREM AE CREMA-EMULSIÓN
- RAYCREM PLUS CREMA
- SNELL CREMA
- TRITERPEN EMULSIÓN
- TURGEN EMULSIÓN- MAMÁ
- XERODERM CREMA
- YSTHEL GEL-CREMA
- ZOORDERMINA CREMA.

VITAMINAS CON COBERTURAS

- TANVIMIL
- SUPRADYN FORTE
- CAL C VITA
- DAYAMINERAL

No brinda cobertura a medicamentos de venta libre como los prazoles en las presentaciones de 10, 15 y 20 mg. (disposición de ANMAT 4171/2024).

13) PRESENTACIÓN

- Mensual (1º Quincena)
- Realizar CIERRE en www.misvalidaciones.com.ar

14) BONIFICACIÓN

- 7% sobre el Total Facturado para **Capital**.
- 6% sobre el Total Facturado para **Río Cuarto, Villa María, San Francisco, Carlos Paz y Alta Gracia**.
- 3.5% sobre el Total Facturado para el **resto de las localidades**.

15) OBSERVACIONES

RECONOCIMIENTO PRODUCTO SIN TROQUEL

- Únicamente por vía de reintegro al beneficiario, previa auditoria del asesor médico. A tal efecto, el beneficiario deberá elevar al Departamento médico la prescripción médica original o en su defecto fotocopia (si el farmacéutico retuviera el original, como consecuencia del expendio de otros productos) y la factura correspondiente dentro de los sesenta (60) días de su adquisición.