

Normas de expendio
de medicamentos,
presentación de recetas
y validación

Prevención ART
de SANCOR SEGUROS

GESTIÓN OPERATIVA

Código para homologar el sistema de validación: 256

1. SOBRE LA RECETA

1.1. Tipo de recetario:

- Recetario OFICIAL y PARTICULAR

1.2. Datos que deben figurar en la receta:

- Nombre y apellido del paciente;
- Número de documento (en el caso de figurar el número de siniestro se deberá enmendar detrás de la receta el número de DNI).

- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letras;

LAS RECETAS DEBERÁN CONTENER EL NOMBRE GENÉRICO DE ACUERDO A LA LEY 25.649 Y DECRETO N°987/03.

- Cantidad de productos por receta: 2.
- Cantidad de envases: 4.
- Diagnóstico
- Firma y sello con número de matrícula y aclaración;
- Fecha de prescripción

1.3. 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 afiliación del paciente deberán ser salvadas por la farmacia adjuntando firma y aclaración del paciente.

1.4. Exclusiones generales:

Medicamentos de venta libre, androestimulantes, anorexígenos, fórmulas magistrales, herboristería, homeopatía, leches en polvo, leches maternizadas, citostáticos, callicidas, champús no medicamentosos, alimentos para bebé, sustancias alimenticias en general, productos de higiene, perfumería o belleza, frascos, receptáculos, vasijas, productos dietéticos, termómetros, atomizadores, pastas, polvos o líquidos dentífricos, artículos o fórmulas especiales para limpiar dentaduras, cepillos de toda naturaleza, mamaderas, productos para la estética.

1.5. Validez de la receta:

- Para la Venta: El día de la prescripción y los 30 días siguientes.
- Para la Presentación: 60 días a partir de la fecha de venta.

2. SOBRE EL EXPENDIO

LAS RECETAS DEBERAN CONTENER EL NOMBRE GENÉRICO DE ACUERDO A LA LEY 25.649 Y DECRETO N°987/03.

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

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

2.3. Si el profesional sugiere una marca contenida en el vademécum, la farmacia debe expender la misma. En caso de no haber sugerencia, ofrecerá al beneficiario todas las alternativas disponibles para ese principio activo y presentación.

2.4. Cuando el médico No especifica cantidades debe entregarse el envase de menor contenido.

2.5. Si sólo indica la palabra “grande” debe entregarse la presentación siguiente a la menor.

2.6. Si hay un error en la cantidad y/o contenido debe entregarse el tamaño inmediato inferior al indicado.

2.7. Medicamentos Faltantes. Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el asegurado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta.

ACCESORIOS Y DESCARTABLES

Si bien la validación aplicará sólo a medicamentos comprendidos en el VADEMÉCUM disponible en <https://www.misvalidaciones.com.ar/>, te recordamos que la provisión de ACCESORIOS (descartables, ortopedia blanda) debe estar indicado en la receta médica, cumpliendo las especificaciones ya mencionadas.

La farmacia solo debe realizar la entrega si el afiliado tiene un siniestro ACTIVO. Si el validador devuelve que el caso NO ESTÁ ACTIVO no se deberá dispensar el ACCESORIO.

3. VALIDACIÓN

1. Ingresá a la página <https://www.misvalidaciones.com.ar/> con tu usuario y contraseña, menú: Validar Receta.

2. Con la receta a validar en mano, ingresar los datos solicitados.

- Número de DNI, seguido de la selección del afiliado.
- Número de receta si hubiese, o cualquier número en aquellas recetas que no lo tengan.
- Fecha de prescripción.
- Tipo y Número de matrícula.

3. Finalmente, podés adjuntar comprobante de validación expendido por la página o anotar el código de validación en la parte superior de la receta.

¿CÓMO OBTENER USUARIO DE MIS VALIDACIONES?

En caso de no contar con un sistema de validación, comunicate con Prevención ART para generar tu usuario y contraseña de Mis Validaciones, detallando en el mail los siguientes datos:

- Razón Social.
- CUIT
- Domicilio completo
- Teléfono
- Email de contacto

Gisel Kemerer - GKemerer@prevencionart.com.ar

José Daniel Ríos - JRios@prevencionart.com.ar

Si ya contás con un validador, integranos al mismo con el código: 256.

4. FACTURACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LAS RECETAS

4.1. Facturación

Con la liquidación, enviar la receta con la siguiente información en el dorso:

- Fecha de venta.
- Importes unitarios y totales.
- Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico.
- Firma y aclaración de quien retira los medicamentos.

Adjuntar Ticket factura B o C o factura electrónica B o C a nombre de Prevención ART.

Las correcciones y enmiendas sobre datos de filiación del paciente podrán ser salvadas por la farmacia con firma y aclaración del paciente.

De existir alguna enmienda hecha por la farmacia en los importes de la receta, ésta deberá estar salvada con la firma del afiliado y consignar la aclaración del error cometido, al dorso de la receta.

4.2 Presentación de recetas

- Colocar en la receta el número de orden correspondiente.
- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 - De acuerdo al orden de la prescripción.
 - Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
 - Adheridos con cinta adhesiva o goma de pegar (no utilizar abrochadora debido a que dificultan la lectura del código de barras).
 - Realizar el cierre de lote, a través de **Mis Validaciones**. Aunque el facturador este homologado, la farmacia debe presentar el cierre de lote por **Mis Validaciones**, de manera excluyente.
- Las recetas deberán ser presentadas en lotes de hasta 100 recetas, las cuales deberán contener el troquel del producto, el comprobante de validación y el de venta.
- A cada lote de recetas presentadas se debe adjuntar la caratula de cierre online correspondiente.
- La documentación deber ser remitida a **Prevención ART**- Láinez 58- Sunchales- Sta. Fe- CP 2322/ Sector Auditoría de Prestadores.
- Para el caso de **farmacias colegiadas**, las recetas deberán ser remitidas a la entidad correspondientes según las fechas establecidas por la misma y la entidad presentará toda la documentación a **Prevención ART**- Láinez 58- Sunchales- Sta. Fe- CP 2322/ Sector Auditoría de Prestadores.

El cumplimiento de todas las especificaciones mencionadas en este documento normativo facilitará la gestión de pagos y evitará débitos o devoluciones de facturas.

Nº de Siniestro: _____

Tipo de contingencia: Accidente en trabajo Accidente In Itinere Enfermedad Profesional Intercurrencia

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre: _____ CUIL/DNI Nº: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial: _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Descripción del motivo de consulta: _____

Diagnóstico: _____

Indicaciones/Tratamiento: _____

Fecha de próxima revisión Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

ORIGINAL ART

Lugar y fecha de Asistencia Médica

Firma y aclaración del Trabajador

Firma y Sello Médico c/ Nº de Matrícula

Siniestro N°:

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre _____ CUIL / DNI N° _____
 Fecha Nacimiento / / Sexo F M Nacionalidad _____ Estado Civil _____
 Domicilio _____ Localidad _____
 Provincia _____ C.P. _____ Tel. _____

DATOS DEL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa _____ CUIT - - Contrato N° _____ CIIU _____
 Domicilio _____ Localidad _____ Provincia _____
 C.P. _____ Tel. _____ Fax _____ Email _____

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre del Establecimiento Asistencial _____ CUIT - -
 Domicilio _____ Localidad _____ Provincia _____
 C.P. _____ Tel. _____ Fax _____ Email _____

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Accidente en trabajo Accidente In Itinere Enfermedad Profesional Fecha del Accidente / Primera manifestación invalidante / / Hora
 Fecha en que abandonó el trabajo / / Hora Fecha de la primera atención médica / / Hora

Indicaciones / Diagnóstico:

CONSTANCIA DE ALTA MÉDICA

Tratamiento médico asistencial pendiente Sí No
 En caso afirmativo Odontología Dermatología Psicoterapia
 Fecha de próxima revisión / / Hora
 Fecha de retorno al trabajo / / Hora

MOTIVO DE CESE DE ILT

Alta Médica Rechazo Muerte Derivación
 Tipo de Derivación _____
 Secuelas incapacitantes Sí No
 Recalificación Profesional Sí No
 Prestaciones de mantenimiento Sí No

FIN DE TRATAMIENTO

(Utilizar en caso de que exista previamente constancia de alta médica con tratamientos asistenciales)
 Fin de tratamiento / / Hora
 Secuelas incapacitantes Sí No
 Recalificación Profesional Sí No
 Prestaciones de mantenimiento Sí No

Sr. Trabajador: en caso de discrepancia con esta decisión, Ud. puede concurrir a la Comisión Médica correspondiente a la jurisdicción de su domicilio.
 LISTADO DE COMISIONES MEDICAS AL DORSO.

Sr. Trabajador: en caso de discrepancia con el Alta Médica otorgada, Ud. puede presentarse dentro de los CINCO (5) días hábiles ante la Comisión Médica correspondiente a la jurisdicción de su domicilio, concurriendo personalmente a fin de someterse a evaluación médica.
 LISTADO DE COMISIONES MEDICAS AL DORSO.

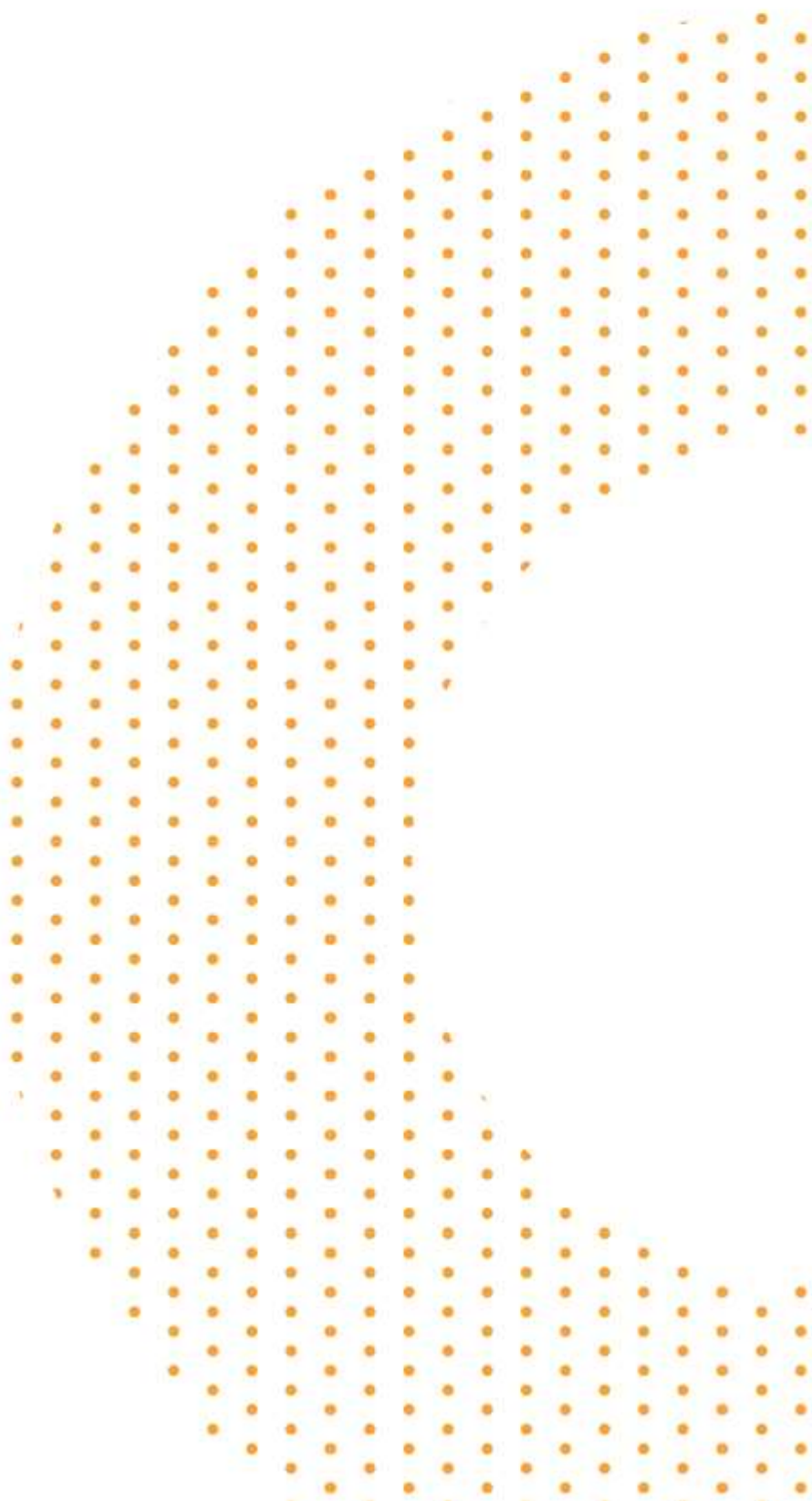
ORIGINAL - PREVENCIÓN ART

Lugar y fecha de Asistencia Médica

Firma y aclaración del Trabajador

Firma y Sello del Médico

Anexo II



DATOS A COMPLETAR EN EL ARCHIVO EXCEL

Excepto "Observaciones", todos los campos son obligatorios

- **Encabezado del Archivo:** debe contar con los siguientes datos:
 - Razón Social.
 - Número de CUIT.
 - Número de Planilla, la misma es interna y correlativa de cada prestador, comenzando por la N° 001.
 - Número de Factura / Recibo.
- **Número de siniestro:** se debe colocar el número de siniestro facturado que consta en la autorización.
- **DNI / Nombre del paciente:** es imprescindible contar con esta información. Se debe detallar el DNI, apellido y nombre del accidentado.
- **Número de Autorización:** se debe colocar el número de autorización de la prestación
- **Fecha de la Prestación Desde:** se debe colocar la fecha en que se realizó la primera prestación.
- **Fecha de la Prestación Hasta:** se debe colocar la fecha en que se realizó la última prestación.
- **Código de la Prestación:** se debe colocar el código de la prestación de acuerdo a la codificación del Nomenclador Nacional. En caso de que la práctica sea "No Nomenclada" solo se completará el campo de Descripción.
- **Descripción:** se debe colocar la descripción del código de la prestación facturada.
- **Cantidad:** se debe colocar la cantidad de sesiones facturadas por línea y por paciente.
- **Coficiente:** de acuerdo a lo que se facture (Honorarios Cirujano, Ayudante, Anestesia, Gastos), se debe completar el campo colocando "1" en caso de facturar el 100% del valor y fraccionado (ejemplo: "0.75"; "0.50") cuando corresponde a intervenciones múltiples; dejando vacíos los casilleros que no se facturen.
- **Importe Honorarios, Ayudantes, Anestesta y Gastos:** se debe colocar el importe individual por cada interviniente.
- **Importe total facturado:** se debe colocar la sumatoria de los importes de la línea.
- **Observaciones:** espacio a disposición del prestador para que realice alguna aclaración en relación a la prestación.

FACTURACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DESCARTABLES

Código de la prestación: código de Alfabeta, en caso de conocerlo (Optativo).

Descripción: nombre de medicamento y dosis (ejemplo: Voltaren 50 mg.), o nombre del descartable (ejemplo: Vendas de Yeso x 15).

Cantidad: cantidad de la medicación entregada por envase cerrado (ejemplo: 1 caja).

Dosis: cantidad de la medicación entregada por unidad (ejemplo: 10 comprimidos).

Importe total a facturar: sumatoria de los importes de la línea.

Observaciones: a disposición para que el prestador realice alguna aclaración.

De ser necesario, se pueden agregar líneas en el archivo Excel.

