

NORMAS DE DISPENSACIÓN AMSTERDAM SALUD

Red de Farmacias FARMANEXUS



Vigencia de normas de dispensación: Desde el 1º de marzo de 2019 y hasta que Farmanexus informe cambios o modificaciones al respecto.

Red de Farmacias: Buenos Aires, Capital Federal, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Río Negro, Salta, Santa Fe, Tucumán, Chaco, Santiago del Estero y San Luis

Los descuentos mencionados se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM ingresado en <https://www.misvalidaciones.com.ar/> (Sistema obligatorio)

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.

1. Descuentos (SEGÚN PLAN DEL AFILIADO)

1.1. Plan Materno Infantil (PMI)	100%
1.2. AMS 10	40%
1.3. AMS 20	50%
1.4. AMS 30	50%
1.5. AMS 40	50%
1.6. URGARA 10	40%
1.7. URGARA 20	40%
1.8. URGARA 40	50%
1.9. AUTORIZACIONES CRONICAS (Incluye Anticonceptivos)	70% / 100%

CODIGO PARA HOMOLOGAR SISTEMAS DE FACTURACIÓN: 469

1. Habilitación del beneficiario

- 1.1. Credencial (según muestra) De no poseer credencial el beneficiario podrá presentar el certificado provisorio de afiliación con el último recibo de sueldo (hasta tres meses de antigüedad desde la fecha de expendio).
- 1.2. Documento de Identidad (DNI, LC, LE)
- 1.3. Prescripción (ver Punto 2. Recetario)

2. Recetario



Desde Buenos Aires (011) 7700 - 0902



@FarmanexusREDEFARMACIA

Desde el interior del país 0810 266 4225



1132533212



redfarmacia@farmanexus.com.ar

NORMAS DE DISPENSACIÓN AMSTERDAM SALUD

Red de Farmacias FARMANEXUS

FARMANEXUS



2.1. Tipo de recetario:	De todo tipo, inclusive el formulario oficial de la obra social Los formularios de inicio de tratamiento o repetición de medicación, tienen 180 días de validez (desde la fecha de confección del mismo)
Datos que deben figurar 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; - Diagnostico - Firma y sello con número de matrícula y aclaración; - Fecha de prescripción 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 el farmacéutico, con su sello y firma.
3.2. Coberturas de excepción	Se cubrirán todos los productos de venta bajo receta que figuren en el Vademécum correspondiente EXCLUSIONES GENERALES Medicamentos de venta libre, androestimulantes, anorexígenos, formulas magistrales, radioopacos, herboristería, homeopatía, leches en polvo, leches maternizadas, citostaticos, callicidas, champues no medicamentosos, alimentos para bebe, sustancias alimenticias en general, accesorios medico químicos, materiales de uso quirúrgico, productos de perfumería y tocador y/o belleza, frascos, receptáculos, vasijas, vendas de todo tipo, telas adhesivas, algodón, productos dietéticos, sondas de todo tipo, sondas agujas, jeringas, termómetros, atomizadores, pastas, polvos o líquidos dentríficos, artículos o formulas especiales para limpiar dentaduras, cepillos de toda naturaleza, mamaderas, productos para la estética, soluciones antisépticas y agua oxigenada.
3. Validez de la receta	



Desde Buenos Aires (011) 7700 - 0902



@FarmanexusREDEFARMACIA

Desde el interior del país 0810 266 4225



1132533212



redfarmacia@farmanexus.com.ar

NORMAS DE DISPENSACIÓN AMSTERDAM SALUD Red de Farmacias FARMANEXUS

FARMANEXUS



- **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.

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



Desde Buenos Aires (011) 7700 - 0902

Desde el interior del país 0810 266 4225



@FarmanexusREDEFARMACIA



1132533212



redfarmacia@farmanexus.com.ar

NORMAS DE DISPENSACIÓN AMSTERDAM SALUD

Red de Farmacias FARMANEXUS

FARMANEXUS

4. Planes y Topes de cobertura

Recetarios Ambulatorios

Cantidad de productos
por receta
Cantidad de envases
Límites de tamaño

Descripción:

Hasta 2 (dos) productos
Hasta 1 (uno) envase.
Hasta 1 (un) envase grande por receta.

Plan Materno Infantil (PMI)

Cobertura 100% según vademécum (siempre se deben validar las recetas para comprobar cobertura del producto).
Se brinda cobertura a las **embarazadas hasta 30 días posteriores al parto** y al **niño hasta el primer año de vida**.
Aquellos medicamentos que no figuren en el vademécum de PMI, pero figuren en el vademécum general, serán reconocidos según el % de cobertura de acuerdo al plan del afiliado.
Toda vacuna deberá ser previamente autorizada por la Obra Social.
Leches Medicamentosas: con autorización previa del personal autorizado de la Obra Social.

Medicamentos Crónicos

La provisión de medicamentos crónicos, será solo con autorización previa del personal autorizado de la Obra Social.

OBSERVACIONES/ACLARACIONES

- **Vacunas:** según vademécum, siempre con previa autorización médica del auditor de la obra social.
- **Insulinas:** no se entregarán. El afiliado deberá solicitarlas a través de las sucursales con previa autorización de la obra social.
- **Tiras Reactivas:** no se entregarán. El afiliado deberá solicitarlas a través de las sucursales con previa autorización de la obra social.



redfarmacia@farmanexus.com.ar



Desde Buenos Aires (011) 7700 - 0902

Desde el interior del país 0810 266 4225



@FarmanexusREDEFARMACIA



1132533212

NORMAS DE DISPENSACIÓN AMSTERDAM SALUD

Red de Farmacias FARMANEXUS

FARMANEXUS



AUTORIZACIONES

La OS generara autorizaciones, mediante códigos de MIS VALIDACIONES, según cobertura o productos fuera de vademécum.
La farmacia deberá VALIDAR la autorización en Mis Validaciones, y adjuntar el cupón que brinda el sistema.

4.1. Antibióticos Inyectables

Presentación

Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.

Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.

Entregar

Hasta 5 (cinco) por receta. Se considera tamaño grande a los efectos del límite de envases por receta.

Hasta 2 (dos) por receta. Se considera tamaño chico a los efectos del límite de envases por receta.

4.2. Psicofármacos

- El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que corresponda según normas legales en vigencia.

4.3. Otras especificaciones

Quando el médico:

- No especifica cantidades
- Sólo indica la palabra "grande"
- Equivoca la cantidad y/o contenido

Debe entregarse:

- El envase de menor contenido.
- La presentación siguiente a la menor.
- El tamaño inmediato inferior al indicado.

5. 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 afiliado, 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.

6. Datos a completar por la farmacia



Desde Buenos Aires (011) 7700 - 0902

Desde el interior del país 0810 266 4225



@FarmanexusREDEFARMACIA



1132533212



redfarmacia@farmanexus.com.ar

NORMAS DE DISPENSACIÓN AMSTERDAM SALUD Red de Farmacias FARMANEXUS

FARMANEXUS



- 1.1. Fecha de venta;
- 1.2. Sigla "S/T", si correspondiera.
- 1.3. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales)
- 1.4. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;
- 1.5. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos;
- 1.6. Ticket de venta, copia o factura manual;

NOTA: No será necesario completar los datos de fecha de venta ni los importes unitarios y totales, si el ticket de venta que se adjunta ya contiene dicha

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, ésta 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 a 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.

7. Recomendaciones Especiales

- 1.1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente.
- 1.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
- 1.3. De acuerdo al orden de la prescripción.
- 1.4. Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
- 1.5. 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, por plan.

Disponer de la siguiente manera la documentación:



redfarmacia@farmanexus.com.ar



Desde Buenos Aires (011) 7700 - 0902

Desde el interior del país 0810 266 4225



@FarmanexusREDEFARMACIA



1132533212

NORMAS DE DISPENSACIÓN AMSTERDAM SALUD

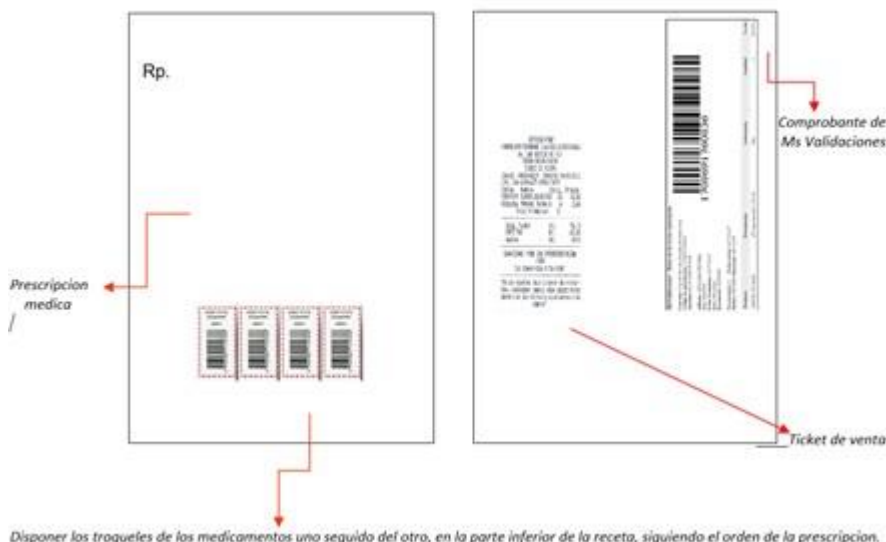
Red de Farmacias FARMANEXUS

FARMANEXUS



Receta FRENTE

Receta DORSO



Si la farmacia homologa su facturador con el validador de Mis Validaciones, no es necesario presentar el comprobante expendido por la pagina al momento de validar. Tener en cuenta que en estos casos, el codigo de validacion debe estar visible en el ticket de venta.

NOTA: Aunque el facturador este homologado, la farmacia debe presentar el cierre de lote por Mis Validaciones, de manera excluyente.

8. Forma de Validación

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

Ingresar a la página <https://www.misvalidaciones.com.ar/> donde al ingresar su usuario y contraseña encontrara la opción de menú: Validar Receta.

Es de manera **obligatoria** que todas las recetas deben estar validadas en la página mencionada.

Adjuntar comprobante de validación expendido por la pagina o anotar el mismo en la parte superior de la receta.

Importante: La farmacia al momento de validar deberá colocar los siguientes datos:

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

Modalidad y tiempos de pago por las prestaciones de la farmacia o entidad: Según lo establecido en contrato.

10. Presentacion de recetas/liquidacion



Desde Buenos Aires (011) 7700 - 0902



@FarmanexusREDEFARMACIA

Desde el interior del país 0810 266 4225



1132533212



redfarmacia@farmanexus.com.ar

NORMAS DE DISPENSACIÓN AMSTERDAM SALUD Red de Farmacias FARMANEXUS

FARMANEXUS

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.

Se sugiere separar por lote de recetas, según banda de cobertura o porcentaje de descuento, a saber 40%, 50%, 70% y 100%.

Cuando se dispensen hipoglucemiantes orales cuyo descuento es del 70% para todos los planes, la receta deberá ser agregada en el lote correspondiente a los medicamentos con descuento del 70% por patologías crónicas prevalentes.

A cada lote de recetas presentadas se debe adjuntar la caratula de cierre on line correspondiente.

Farmacias Colegiadas o nucleadas por entidad: Las recetas deberán ser remitidas A LA ENTIDAD CORRESPONDIENTES SEGÚN FECHAS ESTABLECIDAS POR LA MISMA. LAS RECETAS SERAN PRESENTADAS A FARMANEXUS DEL 1 AL 10 DE CADA MES.

Contratación Directa: deberán ser remitidas a Farmanexus del 1 al 10 de cada mes a Tte. J. D. Perón 1479 piso 3 of. 7, CABA. CP1037.

La falta de remisión de las recetas completas según las indicaciones descriptas precedentemente en estas normas, serán causa suficiente para que Farmanexus produzca el ajuste correspondiente.

Modelo de credencial

TODAS LAS CREDENCIALES DEBEN CONTENER EL LOGO DE AMSTERDAM



Desde Buenos Aires (011) 7700 - 0902



@FarmanexusREDEFARMACIA

Desde el interior del país 0810 266 4225



1132533212



redfarmacia@farmanexus.com.ar

NORMAS DE DISPENSACIÓN AMSTERDAM SALUD Red de Farmacias FARMANEXUS

FARMANEXUS



farmanexus



Desde Buenos Aires (011) 7700 - 0902

Desde el interior del país 0810 266 4225



@FarmanexusREDEFARMACIA



1132533212



redfarmacia@farmanexus.com.ar

NORMAS DE DISPENSACIÓN AMSTERDAM SALUD

Red de Farmacias FARMANEXUS

FARMANEXUS

Recetario OFICIAL Modelo



Formulario de Medicación Crónica

Apellido y Nombre: _____ Fecha: ____/____/____

DNI: _____ PLAN: _____ Teléfonos: _____

Diagnóstico: _____ Código CIE 10: _____

Z30	☐	Anticoncepción	I25	☐	Enfermedad Coronaria	N18	☐	Insuficiencia Renal Crónica
I49	☐	Arritmia crónica	G40	☐	Epilepsia	I50	☐	Insuficiencia Cardíaca
M05	☐	Artritis reumatoidea, otras AR	J44	☐	EPOC	G37	☐	Miastenias
J45	☐	Asma Bronquial	G35	☐	Esclerosis Múltiple	E66	☐	Obesidad
D68	☐	Coagulopatías	E84	☐	fibrosis Quística	M12	☐	Otras Artropatías
K52	☐	Colitis ulcerosa / Crhon	H40	☐	Glaucoma	J98	☐	Trastornos Respiratorios
E78	☐	Dislipemias	B17	☐	Hepatitis	H57	☐	Trastornos Oculares
N80	☐	Endometriosis	I10	☐	Hipertensión Arterial	I69	☐	Secuelas Cerebro Vasculares
G20	☐	Enf. Extrapiramidal	E05	☐	Hipertiroidismo	K90	☐	Síndrome de mala absorción
F33/34	☐	Enf. Psiquiátricas	E03	☐	Hipotiroidismo	M35	☐	Trastornos de Densidad Ósea

	Droga Genérica	Nombre Comercial	Unidad Posología	Dosis diaria	% Cobertura
1					
2					
3					
4					
5					
6					

* IMPORTANT: El presente formulario tiene vigencia por 180 días desde su emisión y firma

FIRMA Y SELLO



Desde Buenos Aires (011) 7700 - 0902



@FarmanexusREDEFARMACIA

Desde el interior del país 0810 266 4225



1132533212



redfarmacia@farmanexus.com.ar