



NORMAS DE ATENCION O.S. DE CONFEDERACION DE OBREROS Y EMPLEADOS MUNICIPALES DE ARGENTINA



Vigencia: 20-06-2023

VALIDACION OBLIGATORIA INGRESANDO AL SITIO: <https://sinval.ddaval.com.ar>

1. Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)	
1.1. General	40%
1.2. Plan Materno Infantil	100% Ver punto 6
1.3. Patologías Crónicas, Diabetes, Anticonceptivos, Discapacidad y otras Autorizaciones Especiales:	40% - 70% - 100% Ver punto 8
2. Habilitación del beneficiario:	
2.1. Credencial (según muestra)	
2.2. Habilitación del Beneficiario:	Debe figurar en el padrón. Ingresar el número de asociado tal como figura en la credencial, sin puntos ni espacios.
2.3. Documento de Identidad (DNI, LC, LE)	
2.4. No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada.	
3. Recetario:	
3.1. Tipo de recetario:	De todo tipo (Particular o de Instituciones); No se aceptan recetarios sin membrete (por ejemplo: recetarios en blanco, de publicidad de medicamentos, etc.).
3.2. Aclaración:	Prescripción tradicional (manuscrita) propiamente dicha. Recetarios electrónicos / digitales que cumplan con requisitos de identificación (código de barra, QR, etc.) con firma y sello digital de acuerdo a la reglamentación de la ley. Recetarios digitales (prescripción preimpresa ya sea total o parcial) sin los requisitos de identificación antes mencionados pero que contengan firma y sello original del profesional.
3.2. Datos que deben figurar con la misma tinta/letra:	* Denominación de la Entidad / Obra Social (*); * Nombre y Apellido del / la paciente (*); * Número de afiliado (*); * Medicamentos recetados por su denominación genérica exclusivamente (principio activo, forma farmacológica y concentración). * Cantidad de cada uno en números y letra (si no se expresa cantidad se expenderá solamente uno); * Diagnóstico (puede indicar codificación de la OMS); * Leyenda Plan Materno infantil o similar (sólo en PMI); * Semanas o meses de embarazo o días de postparto en caso de la madre y Meses de vida en el caso del niño (solo en PMI); * Firma y sello de médico u odontólogo con número de matrícula y aclaración; * Fecha de prescripción (no es válido el sello fechador)



NORMAS DE ATENCION O.S. DE CONFEDERACION DE OBREROS Y EMPLEADOS MUNICIPALES DE ARGENTINA



Vigencia: 20-06-2023

VALIDACION OBLIGATORIA INGRESANDO AL SITIO: <https://sinval.ddaval.com.ar>

	<p>Las <u>correcciones y/o enmiendas</u> relativas a la prescripción deben estar <u>salvadas por el profesional</u> con su firma y sello.</p> <p><i>(*) Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia debe repetirlo al dorso, en forma clara y correcta, indicando junto al número consignado por el médico la frase "ver al dorso". El beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad.</i></p>
--	---

4. Validez de la receta:

Dentro de los **30** días corridos de la fecha de la prescripción, (ver punto 8).

5. Topes de cobertura:

5.1. Límites de cantidades:	Sin Tratamiento Prolongado	Con Tratamiento Prolongado ^(5.2)
Renglones por receta:	Hasta 3 (tres)	Hasta 3 (tres)
Envases por Receta	Hasta 1 (uno)	Hasta 2 (dos)
5.2. Tratamiento Prolongado:	Cuando el médico coloca de su puño y letra la frase "Tratamiento Prolongado", su equivalente o abreviaturas, pueden expenderse las cantidades indicadas en la columna "Con Tratamiento Prolongado". Debe indicarse además el tamaño y/o contenido de cada uno por lo que, de omitirse este requisito, sólo se entregará un envase del menor tamaño y/o contenido existente.	
5.3. Antibióticos Inyectables:	Presentación	Entregar
	Envase de 1 (una) ampolla o frasco Ampolla.	Hasta 6 (seis)
Antibióticos Multidosis:	Envase de más de una ampolla o Frasco Ampolla	Hasta 1 (uno)
5.4. Psicofármacos:	El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia.	
5.5. Otras especificaciones:	Quando el médico: No especifica cantidades	Debe entregarse: El envase de menor contenido
	Sólo indica la palabra "GRANDE"	La presentación SIGUIENTE AL MENOR
	Equivoca la cantidad y/o contenido	El tamaño inmediato inferior

6. Plan Materno Infantil:

6.1. Tiempo de Cobertura:	Madre: hasta 30 (treinta) días posteriores al parto. Niño: hasta el año de vida.
6.2. Habilitación del beneficiario:	El profesional deberá indicar de puño y letra la leyenda "Plan Materno Infantil" o "PMI" junto con la <u>cantidad de semanas / meses de embarazo, fecha probable de parto o días de posparto</u> (en el caso de la madre); y <u>meses de vida</u> (en el caso del niño).
6.3. Recetario:	Igual a la cobertura general. NO requiere autorización previa.
6.4. Productos Cubiertos:	<u>Medicamentos:</u> Identificados en el vademécum columna "PMI 100%".
6.5. Límites de cantidades:	Igual a la cobertura general.

Vigencia: 20-06-2023

VALIDACION OBLIGATORIA INGRESANDO AL SITIO: <https://sinval.ddaval.com.ar>

7. Productos Cubiertos:

Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM VIGENTE. Verificar en la columna correspondiente la cobertura: SI o NO.

8. Autorizaciones Especiales:

8.1. Sólo podrán expenderse **recetas que NO cumplan con todos los requisitos** (por ejemplo, beneficiarios fuera de padrón, productos no cubiertos, etc.) únicamente cuando se hallen autorizadas por **GARANTÍA MÉDICA**, ya sea vía fax o e-mail para lo cual Garantía Médica se contactará con su farmacia.

El comprobante de autorización debe presentarse acompañado por la RECETA correspondiente o como indique la autorización web.

8.2 Sólo podrán expenderse recetas para **Patologías Crónicas, Diabetes, Discapacidad y/o Anticonceptivos** únicamente cuando se hallen autorizadas por GARANTÍA MÉDICA, mediante **Comprobante de Autorizaciones Especiales a través de la página de Garantía Médica**, www.garantiamedica.com.

Prestar especial atención a los siguientes aspectos:

- ✓ **El remito de autorización SÓLO rige para lo que se encuentre expresamente autorizado en él** (Afiliado, medicación, cantidad de envases). Por lo tanto, su farmacia **debe corroborar el cumplimiento del resto de las Normas Operativas vigentes** (por ejemplo: prescripción por genérico, tipo de recetario, etc.).
- ✓ En esta modalidad, cobertura de medicamentos para pacientes con **Patologías Crónicas y Anticonceptivos** es válido el expendio con **fotocopia de la prescripción original**. En ese caso, la segunda hasta la sexta entrega no podrá superar los **180 días** contados a partir de la fecha de prescripción de la receta original.
- ✓ Este tipo de autorizaciones **no revalidan la fecha de prescripción de la receta**. Es decir que la Obra Social **no considera la fecha de autorización para la validez de la receta**. Sólo la fecha de prescripción.
- ✓ Corresponde dispensar la cantidad de envases autorizada por Garantía Médica, siempre que ésta no exceda lo prescripto por el profesional tratante.

9. 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.

10. Muestra de Credencial



Vigencia: 20-06-2023

VALIDACION OBLIGATORIA INGRESANDO AL SITIO: <https://sinval.ddaval.com.ar>

11. Datos a completar por la farmacia:

- Fecha de venta;
- Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo;
- Precios unitarios y totales (tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos, las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario). Importes unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad y totales, cuando no los especifique el ticket;
- Adjuntar: Ticket fiscal, documento no fiscal HOMOLOGADO, duplicado o triplicado del ticket fiscal, factura A, B o C;
- Sello de la farmacia y firma del farmacéutico;
- Firma y aclaración de quien retira los medicamentos.

12. Recomendaciones Especiales:

- Colocar en la receta el número de orden correspondiente;
- Adjuntar los troqueles de acuerdo al orden de la prescripción, incluyendo el código de barras, adherirlos con goma de pegar.
- Los troqueles deben encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo, sin signos de desgaste, sin impresiones mediante sello de cualquier tipo de leyendas legibles o no, sin diferencias en tamaño, grosor y/o color de troquel para un mismo producto, presentación y lote. No deberán presentar cualquier otro signo que otorgue carácter dudoso al troquel.
- Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

13. Presentación de Recetas:

Las recetas liquidadas deben estar acompañadas por el detalle correspondiente, que incluya:

Encabezado del detalle:

- Nombre de la farmacia;
- Domicilio de la farmacia;
- CUIT de la farmacia;
- Entidad;
- Período liquidado.

De las recetas:

- Número de orden;
- Número de afiliado;
- Nombre y apellido del afiliado;
- Número de troquel;
- Producto;
- Presentación;
- Fecha de prescripción;
- Fecha de venta;
- Matrícula Médico (tipo y número);
- Nombre y apellido del médico;
- Cantidad de envases;
- Precio unitario;
- Precio total;
- % de descuento;
- Total a cargo de la entidad.

Vigencia: 20-06-2023

VALIDACION OBLIGATORIA INGRESANDO AL SITIO: <https://sinval.ddaval.com.ar>

14. Atención de Consultas:

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, podrá comunicarse con Mesa de Ayuda FACAF al WhatsApp (011) 5912-4316, de lunes a viernes de 9:00 a 17:00 hs.

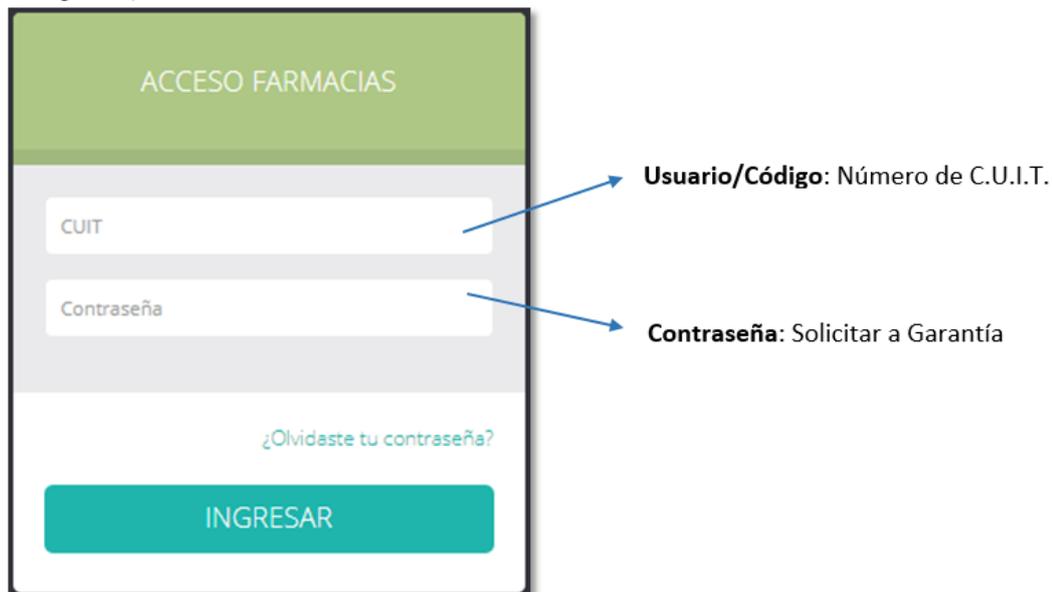
15. Instructivo Autorizaciones Web:

El remito, comprobante de la autorización, sólo rige para lo que se encuentre expresamente autorizado en él (afiliado, medicación y cantidad de envases). Por lo tanto, su farmacia debe corroborar el cumplimiento del resto de los requerimientos formales de la receta indicados en las normas de atención antes de efectuar el expendio. El remito debe emitirse en el momento de la dispensa y adjuntarlo a la receta para su liquidación.

- i. Ingresar a www.garantiamedica.com, en parte inferior de la web encontrarán el siguiente icono:



- ii. Al clicar en "Acceso Farmacias" el sistema solicitará usuario y contraseña (**Colocar usuario y contraseña asignados**):



Formulario de acceso a farmacias con los siguientes campos:

- CUIT
- Contraseña
- Botón: ¿Olvidaste tu contraseña?
- Botón: INGRESAR

Indicaciones:

- Usuario/Código:** Número de C.U.I.T.
- Contraseña:** Solicitar a Garantía

Luego de colocar usuario y contraseña accederán al resumen de solicitudes registradas (siempre que se encuentre registrado): La contraseña para acceder también pueden solicitarla a Mesa de Ayuda de FACAF (011) 5912-4316.

Para **consultar Entregas Pendientes o Historial de Entregas**, colocar uno de los datos detallados y luego el botón "buscar":

Nro. Afiliado
Nombre Afiliado
Documento (se recomienda)

SIGEMED Afiliados Sugerencias Bienvenido GARANTIA MEDICA

BUSQUEDA DE AFILIADOS

Entidad Nro Afiliado Nombre Afiliado Documento Buscar

iii. Cuando haya visualizado el afiliado, y verificado la entidad a la que este pertenece, deberá presionar en la columna "Ver" alguna de las siguientes opciones:



Entregas: para generar el remito/comprobante, ó



Historial: para ver los registros históricos del paciente

iv. *Generación de Remito:* Opción Entregas “ “: detalle de medicación Autorizada:

SIGEMED Afiliados Sugerencias Bienvenido GARANTIA MEDICA

DETALLE DE ENTREGAS PENDIENTES

Entidad: _____
Nro Afiliado: _____
Nombre: _____
Domicilio: _____

Estado	Principio Activo	Presentación	Sugerido	Cob.	Cant. Aut.	Cant. Entr.	Cant. A Entr.	Vig. Aut.	Vto. Aut.	Cant. env. en receta	Obs.
Pendiente	fluticasona+salmeterol	250/25 mcg x 120 dosis		70	1	0	1	16/09/2018	06/09/2018	0	Receta original
Futura	fluticasona+salmeterol	250/25 mcg x 120 dosis		70	1	0	1	13/09/2018	04/10/2018	0	Acepta fotocopia
Futura	fluticasona+salmeterol	250/25 mcg x 120 dosis		70	1	0	1	11/10/2018	01/11/2018	0	Acepta fotocopia
Futura	fluticasona+salmeterol	250/25 mcg x 120 dosis		70	1	0	1	08/11/2018	29/11/2018	0	Acepta fotocopia
Futura	fluticasona+salmeterol	250/25 mcg x 120 dosis		70	1	0	1	06/12/2018	27/12/2018	0	Acepta fotocopia
Futura	fluticasona+salmeterol	250/25 mcg x 120 dosis		70	1	0	1	03/01/2019	12/02/2019	0	Acepta fotocopia

Generar

Indicar cantidad de envases a entregar

Cuando se hayan completado los medicamentos a entregar de una receta se deberá presionar el botón

Vigencia: 20-06-2023

VALIDACION OBLIGATORIA INGRESANDO AL SITIO: <https://sinval.ddaval.com.ar>

- v. El sistema solicitará confirmación para generar la entrega:

¿Esta seguro que desea realizar la entrega?

- vi. Una vez aceptada la generación, el sistema dará una vista previa del comprobante:

La farmacia deberá imprimir el comprobante (botón imprimir que está en la vista previa) para adjuntarlo a la receta para su liquidación o presentación.

OBRA SOCIAL:

Farmacia:

Dirección:

Afiliado:

Remito #

Fecha:

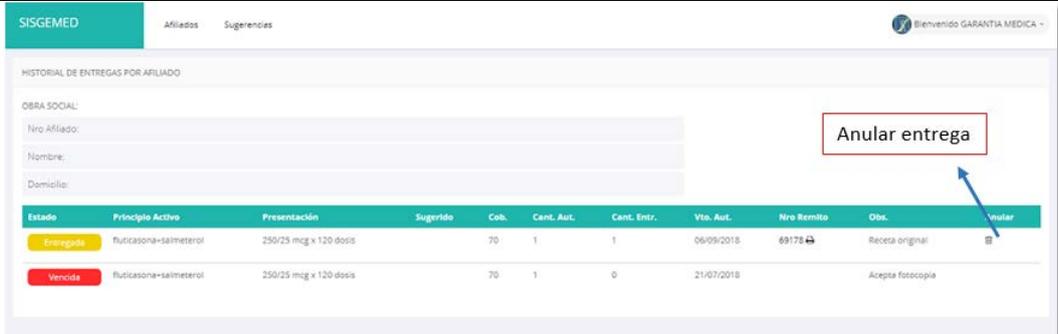
CUIT:

Principio Activo	Presentación	Sugerido	Cantidad entregado	Cobertura	Tipo Autorización	Observaciones
fluticasona+salmeterol	250/25 mcg x 120 dosis		1	70	Cronicidad	Receta original

- vii. *Verificación del Historial de Entregas:* Opción Historial “ “: detalle de medicación Entregada y/o Vencida, también se podrá Anular y/o Reimprimir de Remitos
En caso que haya generado mal una entrega, el sistema le permite cancelarla para realizarla nuevamente.

Vigencia: 20-06-2023

VALIDACION OBLIGATORIA INGRESANDO AL SITIO: <https://sinval.ddaval.com.ar>



SIGEMED Afiliados Sugerencias Bienvenido GARANTIA MEDICA

HISTORIAL DE ENTREGAS POR AFILIADO

OBRA SOCIAL:
 Nro Afiliado:
 Nombre:
 Domicilio:

Estado	Principio Activo	Presentación	Sugerido	Cob.	Cant. Aut.	Cant. Entr.	Vto. Aut.	Nro Remito	Obs.	Anular
Entregada	fluticasona+salmeterol	250/25 mcg x 120 dosis	70	1	1	06/09/2018	89178	Receta original	Anular	
Vencida	fluticasona+salmeterol	250/25 mcg x 120 dosis	70	1	0	21/07/2018		Acepta fotocopia		

En caso de requerir una reimpresión podrá hacerlo desde el historial:



SIGEMED Afiliados Sugerencias Bienvenido GARANTIA MEDICA

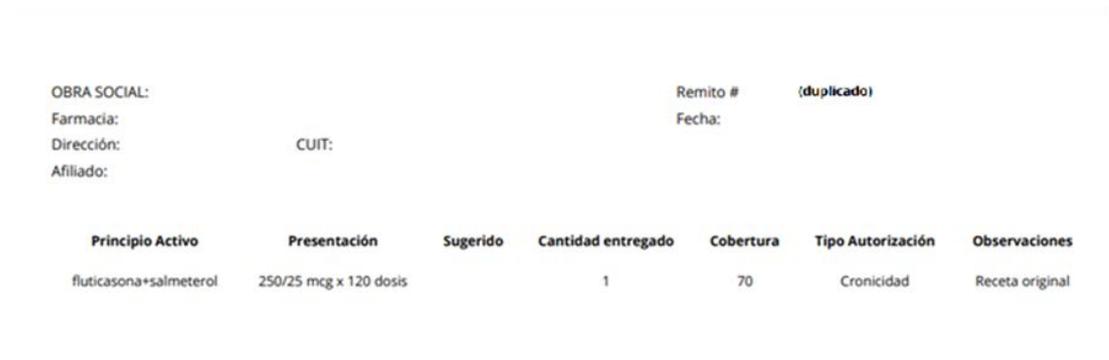
REMITO DE ENTREGA (DUPLICADO)

OBRA SOCIAL:
 Farmacia: Remito # (duplicado)
 Dirección: CUIT: Fecha:
 Afiliado:

#	Principio Activo	Presentación	Sugerido	Cantidad entregado	Cobertura	Tipo Autorización	Observaciones
1	fluticasona+salmeterol	250/25 mcg x 120 dosis		1	70	Cronicidad	Receta original

[Imprimir](#)

Se verá la observación "Duplicado"



OBRA SOCIAL:
 Farmacia:
 Dirección: CUIT:
 Afiliado:

Remito # (duplicado)
 Fecha:

Principio Activo	Presentación	Sugerido	Cantidad entregado	Cobertura	Tipo Autorización	Observaciones
fluticasona+salmeterol	250/25 mcg x 120 dosis		1	70	Cronicidad	Receta original

Salir del sistema: cerrar sesión