



**SALUD PLENA**



**FACAF**

**FEDERACIÓN ARGENTINA  
DE CÁMARAS DE FARMACIAS**



## DESCUENTO A CARGO DE SALU MEDICA (Pacientes ambulatorios)

|                                                                        |                                          |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>GENERAL</b>                                                         | 40 % (cuarenta porciento)                |
| <b>PLAN MATERNO INFANTIL</b>                                           | 100 % (cien porciento)                   |
| <b>PATOLOGÍAS CRÓNICAS, DIABETES Y OTRAS AUTORIZACIONES ESPECIALES</b> | 70%, 100% o el descuento que se autorice |
| <b>PLAN VACUNACION</b>                                                 | 100 % (cien porciento)                   |

## DOCUMENTACION DEL BENEFICIARIO

- Credencial (según muestra)
- Habilitación del Beneficiario : Ingresar el número de asociado tal como figura en la credencial, sin puntos ni espacios.
- Documento de Identidad (DNI, LC, LE)



*No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada.*

## RECETARIO

|                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TIPO</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>De todo tipo</b> (Particular o de Instituciones)</li> <li>• <b>No se aceptan</b> recetarios sin membrete (por ejemplo: en blanco, de publicidad de medicamentos, etc.).</li> <li>• <b>Son válidos los recetarios electrónicos preimpresos</b> emitidos por cualquiera de los prestadores de SALUD PLENA. Cabe mencionar que dichos recetarios <b>deben contar con firma (de puño y letra) y sello original del médico prescriptor, y cumplir con el resto de las normativas vigentes</b> (por ejemplo: productos cubiertos, etc.).</li> </ul> |
| <b>VALIDEZ</b> | <p>El día de la prescripción y los 30 días siguientes, aún cuando se encuentre autorizada por GARANTÍA MÉDICA.</p> <p>Es decir que SALUD PLENA no considera la fecha de autorización para la validez de la receta. Sólo la fecha de prescripción.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |



### Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:

- Denominación de la Entidad (\*)
- Nombre y Apellido del paciente.
- Número de afiliado (\*).
- **Medicamentos recetados por principio activo**, indicando una marca sugerida incluida en el Vademécum. **Se rechazarán recetas que no presenten principio activo + forma farmacológica + potencia.**
- Cantidad de cada medicamento (**cuando se prescriba más de una cantidad debe estar escrita en números y letras**).
- Diagnóstico o codificación OMS.
- Firma y sello del médico con número de matrícula y aclaración.
- Fecha de prescripción (no es válido el sello fechador).
- Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción deben estar salvadas por el profesional con su firma y sello.

(\*) 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.



## LÍMITES DE CANTIDADES

|                                 | Sin Tratamiento Prolongado                  | Con Tratamiento Prolongado |
|---------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------|
| <b>REGLONES POR RECETA</b>      | Hasta 3 (tres)                              | Hasta 3 (tres)             |
| <b>ENVASES</b>                  | Hasta 1 (uno)                               | Hasta 2 (dos)              |
|                                 | Presentación                                | Entregar                   |
| <b>ANTIBIOTICOS INYECTABLES</b> | Envase de 1 (una) ampolla o frasco Ampolla. | Hasta 6 (seis)             |

## TRATAMIENTO PROLONGADO

Cuando el médico coloca de su puño y letra la frase **"Tratamiento Prolongado"**, su equivalente o abreviaturas, pueden expendirse 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.

## PSICOFARMACOS

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

## OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el médico NO indica tamaño, debe entregarse el de menor contenido.
- Cuando el médico solo indica GRANDE, debe entregarse el tamaño siguiente al menor.
- Cuando el médico equivoca cantidad, debe entregarse el tamaño inmediato inferior.



## PLAN MATERNO INFANTIL

### TIEMPO DE COBERTURA:

- Madre: hasta 30 (treinta) días posteriores al parto.
- Niño: hasta el año de vida.

### HABILITACIÓN DEL BENEFICIARIO:

- El profesional deberá indicar de puño y letra la leyenda "**Plan Materno Infantil**" o "**PMI**" junto con la cantidad de semanas / meses de embarazo, fecha probable de parto o días de posparto (en el caso de la madre); y meses de vida (en el caso del niño).

### RECETARIO:

- Igual a la cobertura general. **NO requiere autorización previa.**

### PRODUCTOS CUBIERTOS:

- Según Vademécum Plan Materno Infantil (ver columna PMI del Vademécum General)..

### LÍMITES DE CANTIDADES:

- Igual a la cobertura general.

## COBERTURA

Los descuentos mencionados se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM de la entidad Anexo I.

- **VADEMECUM AMPLIADO:** Para los afiliados que en la columna "Plan" del padrón indican: PLAN 100 NO ODONT / 100 ODONT / 200 NO ODONT / 200 ODONT / 250 NO ODONT / 250 ODONT / 300 NO ODONT / 300 ODONT / 300
- **VADEMECUM PMO:** Para los afiliados que en la columna "Plan" el padrón indican Monotributistas efectores sociales..

## AUTORIZACIONES ESPECIALES

Sólo podrán expendirse recetas que **NO cumplan** con todos los requisitos (por ejemplo, beneficiarios fuera de padrón, productos no cubiertos, etc.) y/o Patologías Crónicas cuando se hallen autorizadas únicamente por **GARANTÍA MÉDICA**, mediante cualquiera de las siguientes modalidades: mail, fax, remito-página web (ver instructivo del punto).

- Comprobante de Autorizaciones Especiales a través de la página de Garantía Médica [www.garantiamedica.com](http://www.garantiamedica.com).
- Autorización vía fax o e-mail para lo cual Garantía Médica se contactará con su farmacia.

### ATENCIÓN:

Para la cobertura de medicamentos para pacientes con **Patologías Crónicas, Diabetes, Anticonceptivos y Discapacidad** es válido el expendio con *fotocopia de la prescripción original*. En ese caso, se aceptan hasta 5 (cinco) *fotocopias de la receta original*, válidas hasta 180 días desde la fecha de prescripción.



## VACUNAS

### COBERTURA 100 % PARA:

- Plan Materno Infantil: vacunas incluidas en el calendario de vacunación, se encuentren o no dentro del vademécum. Debe presentar la correspondiente prescripción médica y credencial tal como indica la normativa vigente.
- Afiliados Mayores de 65 Años: vacuna antineumococcica y/o antigripal presentando únicamente credencial y DNI (no se requiere prescripción médica). La farmacia queda habilitada a entregar la marca comercial que tenga en stock, se encuentre o no en vademécum.

Cabe aclarar que en caso de no presentar prescripción médica, tanto el troquel original como la conformidad del beneficiario por el descuento recibido deberán figurar en el ticket de venta. En caso de que el número de beneficiario no figure en dicho comprobante, su farmacia debe adjuntar fotocopia de la credencial.

- Afiliados Crónicos: prescripción médica con autorización emitida por Garantía Médica y credencial, tal como indica la normativa vigente.

## 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.

## DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- Fecha de venta.
- Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo.
- 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.
- 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



## PRESENTACION 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
- Matricula Medico (tipo y número)
- Nombre y apellido del médico
- Cantidad de envases
- Precio unitario
- Precio total
- % de descuento
- Total a cargo de la entidad

## ATENCIÓN DE CONSULTAS

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, podrá comunicarse con GARANTÍA MÉDICA a los teléfonos (011) 45484827 / 4548-4828 / 4548-4829 o al WhatsApp (011) 7039-7215, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hs.



## INSTRUCTIVO DE AUTOTIZACIONES 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.

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



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

ACCESO FARMACIAS

CUIT

Contraseña

¿Olvidaste tu contraseña?

INGRESAR

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):

Para consultar entregas pendientes o historial de entregas, coloque uno de los datos detallados y luego el botón BUSCAR

# INSTRUCTIVO DE AUTOTIZACIONES WEB

Nro. afiliado  
Nombre afiliado  
Documento (se recomienda)

- 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, o



**Historial:** para ver los registros históricos del paciente

- **Generación de Remito:** Opción **Entregas:** detalle de medicación Autorizada:

- El sistema solicitará confirmación para generar la entrega:

¿Esta seguro que desea realizar la entrega?

Aceptar

Cancelar



# INSTRUCTIVO DE AUTOTIZACIONES WEB

- 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: Remito #  
Farmacia: Fecha:  
Dirección: CUIT:  
Afiliado:

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

- 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.

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

Se verá la observación "Duplicado"

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

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

## INSTRUCTIVO DE AUTOTIZACIONES WEB

Salir del sistema: cerrar sesión

The screenshot shows the SIGEMED web interface. At the top, there is a navigation bar with 'SIGEMED' and 'Afiliados' tabs. Below this is a search bar labeled 'BUSQUEDA DE AFILIADOS' with fields for 'Entidad', 'Año afiliado', 'Nombre afiliado', and 'Documento', followed by a 'Buscar' button. On the right side, there is a user profile dropdown menu showing 'Bienvenido SALUD PLENA MEDICA' and options for 'Cambiar contraseña' and 'Cerrar sesión'.

## MODELO DE CREDENCIALES

