



Etica+



(ANEXO II)

NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE:

ENRED (Etica +)

Presentación de recetas: 1 al 5

DESCUENTOS A CARGO DE ENRED (Etica +)

Vigencia: 01-05-22

Convenio Preferar "xxx"- SISTEMA OBLIGATORIO

PARA HOMOLOGAR SISTEMAS DE FACTURACION COD: "XXX"

"xxx" - Ambulatorio	40%	*** Plan Activo en Validador "MisValidaciones"
"xxx" - Plan Materno Infantil (PMI)	100%	*** Plan Activo en Validador "MisValidaciones"
"xxx" - Anticonceptivos - RECETARIO ESPECIAL	100%	*** Plan Activo en Validador "MisValidaciones"
"xxx" - Crónicos - RECETARIO ESPECIAL	70% -100%	*** Plan Activo en Validador "MisValidaciones"
"xxx" - Autorizaciones Especiales	Según Cobertura O.S	*** Plan Activo en Validador "MisValidaciones"

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

✧ Credencial, Documento de Identidad y Receta.

RECETARIO

TIPO AMBULATORIO: TODO TIPO DE RECETARIO (Particular o de Instituciones)
TIPO CRONICO/ACO: ESPECIAL**(adjunta imagen Normativas Crónicos y Anticonceptivos)

VALIDEZ: 30 días contados desde la fecha de prescripción **PLAN AMBULATORIO**
120 días contados desde la fecha de prescripción **PLAN Anticonceptivos y Crónicos.**

Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional y con la misma tinta:

- ✧ Nombre de la Entidad
- ✧ Apellido y Nombre del Beneficiario
- ✧ Número de Beneficiario (En caso de no corresponderse con la credencial la farmacia deberá aclararlo al dorso de la receta, avalando la corrección con la firma del beneficiario).
- ✧ Prescripción: La dispensa debe coincidir con lo prescripto por el profesional. Pudiendo ser:
 - ✧ Por D.C.I. (Denominación Común Internacional)
 - ✧ En su defecto pueden contener: D.C.I. + sugerencia de Marca
- ✧ Medicamentos recetados y cantidad de c/u en números y letra.
- ✧ Fecha de Prescripción (N.º Arábigos o Romanos, no mezclar, en dicho caso será motivo de debito)
- ✧ Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.

LÍMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES:	2(DOS)
POR RECETA:	Hasta 2 (DOS) envases
POR RENGLÓN:	Hasta 1 (UNO) envases
POR RENGLÓN PLAN CRONICO Y ANTICONCEPTIVO :	Hasta 2 (DOS) envases
SI INDICA "TRATAMIENTO PROLONGADO":	Hasta 2 (DOS) Envases por Renglon
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS:	1 (Uno)
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS:	Hasta 5 (CINCO) por receta

LÍMITES DE TAMAÑOS

El prescripto por el médico.

En los casos en que se prescriba más de una unidad por especialidad el profesional deberá indicar la leyenda

"Tratamiento Prolongado".

De no disponer la farmacia del tamaño indicado en la receta, podrá entregar un tamaño menor aclarando en la receta el contenido real del producto vendido.

OTRAS ESPECIFICACIONES

Cuando el Médico:	Deberá Entregarse:
No indica Contenido	→ El de Menor Contenido
Si indica Tamaño "Grande"	→ La presentación siguiente a la menor
Equivoca Cantidad o Contenido	→ El tamaño inmediato inferior

PSICOFÁRMACOS

El profesional debe confeccionar además un segundo recetario de acuerdo a las normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- ✧ Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 - De acuerdo al orden de prescripción.
 - Incluyendo el código de barras.
 - Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido que dificultan la lectura del código de barras).
- ✧ Número de orden de la receta / Código de Validación On-line en caso de que no este homologado el sistema de Facturación.
- ✧ Fecha de Venta.
- ✧ Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico/Validador Mis Validaciones).
- ✧ Sello y firma de la farmacia.
- ✧ Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
- ✧ Consignar los importes: **Total**, A CARGO de **LA OBRA SOCIAL** y A CARGO **Afiliado**.
- ✧ Adjuntar ticket de venta, Validación On-line pudiendo ser: ticket fiscal propiamente dicho, documento NO FISCAL HOMOLOGADO, duplicado o triplicado del ticket fiscal, que es idéntico al original pero con una leyenda de fondo que dice "NO FISCAL" o facturas A, B o C)

Este criterio está amparado en la Resolución General 4104 de la AFIP. Salvo que la Farmacia acredite que está eximida de cumplir la disposición, hecho que deberá documentar.

IMPORTANTE: Toda receta no presentada en el mes correspondiente podrá ser presentada hasta el mes siguiente. Pasado dicho plazo será rechazada.

VADEMECUMS

Solo se dispensaran los productos que se encuentren dentro de los Vademecums indicados como:

- ✧ **Ambulatorio 40%**
- ✧ **Cronicos 70% - 100%**
- ✧ **Anticonceptivos**
- ✧ **PMI (Plan Materno Infantil)**

Consulta VDM:

En esta pantalla podrá realizar la consulta del vademécum por cada plan habilitado en el sistema.

Seleccione el plan correspondiente y la pantalla le mostrará los productos.



Planes VDM Consulta								
Seleccione Plan: AMBULATORIO								
Vigencia	Nombre	Presentación	Potencia	Laboratorio	Monodroga	registroAB	Troquel	Código
Actual	5-ASA 1000	1 g sob.x 30	1000 mg	Domínguez	mesalazina	53164	6393421	7
Actual	5-ASA 2000	2 g sob.x 30	2000 mg	Domínguez	mesalazina	53165	6393551	7
Actual	5-ASA 400	400 mg sup.x 10	400 mg	Domínguez	mesalazina	11107	3314131	7
Actual	5-ASA 400	400 mg comp.x 60	400 mg	Domínguez	mesalazina	11106	3313722	7

NORMAS para el Plan Materno Infantil

- ✧ **Importante:** Consultar productos incluidos en el Vademécum, la receta **NO** necesita Autorización previa.
- ✧ **Cobertura:**
 - Madre:** Desde el momento del diagnóstico y hasta 30 (treinta) días posteriores al parto con certificado del médico tratante.
 - Niño:** Hasta el primer (1er) año de vida. La edad se deberá constatar solicitando Documento de Identidad o Certificado de Nacimiento.

NORMAS para PACIENTES CRONICOS Y ANTICONCEPTIVOS

- ✧ **TIPO RECETA OFICIAL (se Adjunta Modelo) PARTICULAR: "NO".**
- ✧ Los Mismos se dispensaran con la ficha Receta Especial Correspondiente valida para tres meses de tratamiento.
- ✧ **Modalidad de Dispensas en Farmacias:**

El beneficiario deberá acercarse a la delegación de la Obra Social más próxima a su domicilio a fin de solicitar la "**Ficha Recetario Especial**" en donde el médico tratante completará todos los datos indicados en la misma.

La prescripción se realizará según las monodrogas cubiertas indicadas en el reverso de las mismas con la dosis mensual válida **para el tratamiento de tres meses**.

El Beneficiario concurrirá a la farmacia, munido de receta, Documento de Identidad y Credencial Vigente.

La Farmacia deberá dispensar por periodo mensual de tratamiento según el siguiente esquema:

 - ✧ **1º Periodo:** se realizará fotocopia de la "**Ficha receta Especial**" y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.
 - ✧ **2º Periodo:** se realizará fotocopia de la "**Ficha Receta Especial**" y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.
 - ✧ **3º Periodo:** se dispensará el tercer mes de tratamiento y se retendra la "**Ficha Receta Especial**" Original.

A partir del tercer periodo, el beneficiario deberá concurrir nuevamente al médico tratante para gestionar una nueva "**Ficha Receta Especial**" trimestral y así sucesivamente.

En caso de cambio de medicación durante el trimestre, el beneficiario deberá concurrir nuevamente a la delegación más próxima a su domicilio a fin de confeccionar la nueva "Ficha Receta Especial", con una nueva Validez trimestral.

Modelo de Credenciales

Comunicamos que para acceder al uso de los servicios prestacionales el afiliado deberá presentar indefectiblemente la credencial (ver modelos adjunto) con su DNI que lo acredita como beneficiario, la cual es de uso personal e intransferible, y que tendrán validez hasta la fecha de vencimiento que figura en la misma. Agradecemos informar a los sectores de atención y servicios.



Etica Salud OSV
17/10/2019



Datos de la paciente:

Fecha:

Apellido y Nombre: Afiliado N°:

Titular ☐ Familiar ☐ Fecha de nacimiento: DNI: CUIL:

Domicilio

Localidad CP TEL

DIAGNOSTICOS (Códigos según Res. 331/04) MARCAR LO QUE CORRESPONDA:

MARCAR	DESCRIPCIÓN	COD	G	MARCAR	DESCRIPCIÓN	COD	G
	ARRITMIAS	9	1		HIPERTIROIDISMO	15	4
	ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIS	21	5		HIPOTIROIDISMO	16	4
	ARTRITIS REUMATOIDEA	17	5		INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	7	1
	ASMA BRONQUIAL	32	8		INSUFICIENCIA CARDIACA	6	1
	CARDIOPATIA ISQUEMICA	4	1		INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	5	1
	COLITIS ULCEROSA	26	5		INSUFICIENCIA CORONARIA	3	1
	DERMATOMIOSITIS	23	5		LEPRA	6	6
	DIABETES II	13	2		LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	18	5
	DIABETES LABIL	13	13		MISTENIA GRAVIS	10	10
	DISLIPEMIAS	14	3		PARKINSON	28	6
	ENFERMEDAD DE CROHN	27	5		POLIMIALGIA REUMATICA	25	5
	EPILEPSIA	29	6		POLIMIOSITIS	22	5
	EPOC	35	8		PREV. 1ª DE CARDIOPATIA ISQUEMICA	11	1
	ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVAS	19	5		PREV. 2ª DE CARDIOPATIA ISQUEMICA	12	1
	ESQUIZOFRENIA	30	7		PSICOSIS ORGANICAS	31	7
	FIBROSIS PULMONAR	33	8		SINDROME DE SJÖGREN	24	5
	GLAUCOMA (HIPERTENSION OCULAR)	34	9		TERAPEUTICA ANTIAGREGANTE	10	1
	GOTA CRONICA	20	5		TRATATAMIENTO ANTICOAGULANTE	8	1
	HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDARIA	2	1		TUBERCULOSIS	5	5
	HIPERTENSION ARTERIAR ESENCIAL	1	1				

OTROS DIAGNOSTICOS:

IMPORTANTE:

Completar al reverso de esta ficha el resumen de historia clínica

Tratamiento:
Indicar la prescripción por monodrogra cubierta,
concentración forma y unidades según dosis menusual

Liquidación de farmacia

PRINCIPIO ACTIVO Y CONCENTRACIÓN	FORMA	NÚMERO	LETRAS	CANT ENTREGA	PRECIO UNIT.	TOTAL					
Sr. Profesional: Indique períodos de tratamiento: Mes y año 1 ° Período de tratamiento 2 ° Período de tratamiento 3 Período de tratamiento	Certifico entrega de los medicamentos facturados Sello y firma del farmaceutico			Total de la Receta							
				A cargo del Beneficiario							
				A cargo de la O.S.							
Sello y firma del profesional	Dispensa y liquidación de farmacia 1 ° Período de tratamiento 2 ° Período de tratamiento 3 ° Período de tratamiento										
DATOS A COMPLETAR:											
Beneficiario ☐ Tercero interviniente ☐											
Firma conforme:											
Aclaración:											
Tipo y N° de Doc.:											
Domicilio:											
Teléfono:											

PRINCIPIOS ACTIVOS CON COBERTURA DEL 70% - 100% | P.M.O. Res. 310/04 M.S.

Genérico	Cob	Cód
ACARBOSE	100%	35
ACENOCUMAROL	70%	29
ACIDO ACETILSALICILICO	70%	30
ACIDO NICOTÍNICO	70%	47
ACIDO VALPROICO	70%	66
ALFAMETILDOPA	70%	5
ALLOPURINOL	70%	55
AMANTADINA	70%	78
AMIODARONA CLORHIDRATO	70%	28
AMLODIPINA	70%	16
ATENOLOL	70%	13
ATORVASTATINA	70%	44
BECLOMETASONA DIPROPIONATO	70%	95
BENZOBROMAKONA	70%	56
BEZAFIBRATO	70%	45
BIPERIDENO CLORHIDRATO	70%	75
BRIMONIDINA	70%	112
BROMOCRIPTINA	70%	79
BROMPERIDOL	70%	90
BUDESONIDE	70%	97
BUDESONIDE + FORMOTEROL	70%	113
CAPTOPRIL	70%	22
CARBAMAZEPINA	70%	65
CARVEDILOL	70%	14
CLONAZEPAM	70%	64
CLOPIDOGREL	70%	32
CLOROQUINA	70%	51
CLORPROMAZINA	70%	83
CLORTALIDONA	70%	8
CLOZAPINA	70%	87
COLESTIRAMINA	70%	46
CROMOGLICATO DISODICO	70%	99
DIGOXINA	70%	23
DILTIAZEM CLORHIDRATO	70%	19
DINITRATO DE ISOSORBIDE	70%	3
DIVALPROATO DE MAGNESIO	70%	67
DIVALPROATO DE SODIO	70%	68
DORZOLAMIDA	70%	107
DORZOLAMIDA + TIMOLOL	70%	116
ENALAPRIL MALEATO	70%	20
ENIACAPONA	70%	80
ESPIRONOLACTONA	70%	1
ETAMBUTOL	100%	33
ETOSUXIMIDA	70%	63
EZETIMIBE	70%	115
FENITOINA	70%	60
FENITOINA CALCICA	70%	61
FENITOINA SODICA	70%	62
FENOBARBITAL	70%	59
FLECAINIDA ACETATO	70%	26
FLUTICASONA	70%	101
FORMOTEROL	70%	100
FUROSEMIDA	70%	9
FUROSEMIDA DIETILAMINOETANOL	70%	10
GABAPENTINA	70%	70
GEMFIBROZIL	70%	43
GLIBENCLAMIDA	100%	37
GLIMEPIRIDA	100%	36
GLIPIZIDA	100%	38
HALOPERIDOL	70%	86
HIDROCLOROTIAZIDA	70%	6

Genérico	Cob	Cód
HIDROCLOROTIAZIDA Y AMILORIDA	70%	7
HIDROXICLOROQUINA SULFATO	70%	52
INDAPAMIDA	70%	11
IPRATROPIO BROMURO	70%	96
ISONIACIDA	100%	31
LAMOTRIGINA	70%	69
LATANOPROST	70%	111
LEFLUNOMIDA	70%	54
LEVODOPA Y BENSERAZIDA	70%	76
LEVODOPA Y CARBIDOPA	70%	77
LEVOMEPROMAZINA	70%	84
LEVOTIROXINA SODICA	70%	48
LITIO CARBONATO	70%	88
LUSARTAN	70%	21
L-TIROSINA	70%	49
L-TIROSINA SODICA (L-TIROSINA SODICA) METALAVINA	70%	38
METFORMINA CLORHIDRATO	100%	50
METIMAZOL	70%	50
METOPROLOL	70%	15
METOTREXATO	70%	53
MEXILETINA CLORHIDRATO	70%	25
MONONITRATO DE ISOSORBIDE	70%	2
MONTELUKAST	70%	102
NADROPARINA CALCICA	70%	33
NATEGLINIDA	70%	39
NIFEDIPINA	70%	17
NITROGLICERINA	70%	4
OLANZAPINA	70%	91
ORLISTAT	70%	117
OXCARBAZEPINA	70%	73
PERGOLIDA	70%	81
PILOCARPINA CLORHIDRATO	70%	105
PILOCARPINA NITRATO	70%	106
PIMOZIDA	70%	92
PIRAZINAMIDA	100%	32
PIRIBEDIL	70%	114
PIRIDOSTIGMINA	100%	41
PRAMIPEXOL	70%	82
PRAVASTATIN	70%	42
PROPAFENONA CLORHIDRATO	70%	27
PROPRANOLOL CLORHIDRATO	70%	12
QUINIDINA SULFATO	70%	24
REPAGLINIDA	70%	40
RIFAMPICINA	100%	30
RIFAMPICINA + ISOCIACIDA	100%	34
RIFAMPICINA + ISOCIACIDA + PIRAZINAMIDA	100%	35
RISPERIDONA	70%	89
SALBUTAMOL	70%	93
SALMETEROL	70%	94
SALMETEROL Y FLUTICASONA	70%	103
SIMVASTATIN	70%	41
SULFASALAZINA (SALICILAZOSULFAPIRIDINA)	70%	57
TEOFILINA ANHIDRA	70%	98
TERBUTALINA	70%	104
TIMOLOL	70%	108
TIMOLOL MALEATO	70%	109
TOPIRAMATO	70%	71
TRIFLUOPERAZINA	70%	85
TRIHEXIFENIDILO CLORHIDRATO	70%	74
VERAPAMILO	70%	18
VIGABATRIN	70%	72
WARFARINA SODICA	70%	31

Resumen de H.C: _____

Datos del medico tratante:

Apellido y Nombre: _____ T.E del profesional _____

Matricula: M.P: _____ M.N _____ Codigo de prestador de la O.S: _____

Institución donde asistio al paciente: _____

Teléfonos del profesional: _____

Normativas para la dispensa

- El beneficiario deberá acercarse a Ética Salud a fin de solicitar (o bajar de la WEB) la “Ficha+Receta” en donde el médico tratante completará todos los datos indicados en la misma.
- La prescripción se realizará según las monodrogas cubiertas indicando la dosis mensual valido para el tratamiento de tres meses.
- El beneficiario concurrirá a la farmacia de la red habilitada para tal destino, munido de la Ficha+Receta, Documento de Identidad y Credencial de Obra Social.
- La farmacia deberá dispensar por periodo mensual el tratamiento según el siguiente esquema:
1º Periodo: se realizará fotocopia de la Ficha+Receta y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.
2º Periodo: se realizará fotocopia de la Ficha+Receta y se procederá a la dispensa del mes correspondiente
3º Periodo: se dispensará el tercer mes de tratamiento y se retendrá la Ficha+Receta original.
- A partir del tercer periodo, el beneficiario deberá concurrir nuevamente al médico tratante para gestionar una nueva “Ficha-Receta” trimestral y así sucesivamente.
- En caso de cambio de medicación durante el trimestre, el beneficiario deberá concurrir nuevamente a la delegación más próxima a su domicilio a fin de confeccionar la nueva “Ficha+Receta”, con una nueva validez trimestral.
- Solamente se reconocerán los medicamentos incluidos en el Vademécum de Ética Salud.

Datos de la paciente: Fecha:

Apellido y Nombre: Afiliado Nº:

Titular ☐ Familiar ☐ Fecha de nacimiento: DNI: CUIL:

Domicilio

Localidad CP TEL

DIAGNOSTICOS (Códigos según Res. 331/04) GRUPO 4

#	MONODROGRAS	MARCA	#	MONODROGRAS	MARCA
01	Acetato de medroxiprogesterona		08	Etinilestradiol + acetato de ciproterona	
02	Etinilestradiol + dihidroxiprogesterona Acetofenido / estradiol enantato		09	Etinilestradiol + + acetato de Medroxiprogesteron /cipionato de estradiol	
03	Etinilestradiol + gestodeno		10	Etinilestradiol + desorgestrel	
04	Etinilestradiol + levonergestrel		11	Etinilestradiol + enantato de noretisterona /valerato de estrdiol + norgestimato levonorgestrel	
05	Levonorgestrel		12	Etinilestradiol + norgestimato	
06	Linestrenol		13	Drosperidona + etinilestradiol	
07	Norgestrel		14	Desogestrel	

Resumen de H.C:

Datos del medico tratante:

Apellido y Nombre:

Matricula: M.P: M.N Codigo de prestador de la O.S:

Institución donde asistio al paciente:

Teléfonos del profesional:

❗ IMPORTANTE:

Principios Activos fuera de los incluidos en esta Ficha + Receta NO tienen cobertura y no serán reconocidos.

Tratamiento:
Indicar la prescripción por monodrogra cubierta, concentración forma y unidades según dosis menusal

% Liquidación de farmacia

PRINCIPIO ACTIVO Y CONCENTRACIÓN	FORMA	NÚMERO	LETRAS	CANT ENTREGA	PRECIO UNIT.	TOTAL
Sr. Profesional: Indique períodos de tratamiento: Mes y año	Certifico entrega de los medicamentos facturados			Total de la Receta		
				A cargo del Beneficiario		
				A cargo de la O.S.		
Sello y firma del profesional			Sello y firma del farmaceutico			
Dispensa y liquidación de farmacia						
1º Período de tratamiento (CON COPIA DE LA FICHA)						
2º Período de tratamiento (CON COPIA DE LA FICHA)						
3º Período de tratamiento (CON COPIA DE LA FICHA)						
DATOS A COMPLETAR:						
Beneficiario ☐ Tercero interviniente ☐						
Firma conforme:						
Aclaración:						
Tipo y N° de Doc.:						
Teléfono:						

Normativas para la dispensa

- El beneficiario deberá acercarse a Ética Salud a fin de solicitar (o bajar de la WEB) la “Ficha+Receta” en donde el médico tratante completará todos los datos indicados en la misma.
- La prescripción se realizará según las monodrogas cubiertas indicando la dosis mensual valido para el tratamiento de tres meses.
- El beneficiario concurrirá a la farmacia de la red habilitada para tal destino, munido de la Ficha+Receta, Documento de Identidad y Credencial de Obra Social.
- La farmacia deberá dispensar por periodo mensual el tratamiento según el siguiente esquema:
1º Periodo: se realizará fotocopia de la Ficha+Receta y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.
2º Periodo: se realizará fotocopia de la Ficha+Receta y se procederá a la dispensa del mes correspondiente
3º Periodo: se dispensará el tercer mes de tratamiento y se retendrá la Ficha+Receta original.
- A partir del tercer periodo, el beneficiario deberá concurrir nuevamente al médico tratante para gestionar una nueva “Ficha-Receta” trimestral y así sucesivamente.
- En caso de cambio de medicación durante el trimestre, el beneficiario deberá concurrir nuevamente a la delegación más próxima a su domicilio a fin de confeccionar la nueva “Ficha+Receta”, con una nueva validez trimestral.
- Solamente se reconocerán los medicamentos incluidos en el Vademécum de Ética Salud.

MisValidaciones Como validar

❖ SI NO DISPONE DE USUARIO Y CONTRASEÑA SOLICITARLO A: info@farmmas.com.ar o al 4381-1114/4381-2297/4381-2500/4381-2502

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

❖ Con la receta a validar en mano ingresar a su usuario de la página Web de "Mis Validaciones".

☀ <http://www.misvalidaciones.com.ar/>

1º seleccionar la obra social y hacer click en la opción de menú: Validar receta.



2º Colocar el DNI o N° de afiliado y seleccionar el mismo.

Validar Receta

Busca Afiliado

DNI o Nro de Credencial: 43660909

Afiliados encontrados

	Afiliado	DNI	Apellido y Nombre
Inactivo	117728	43660909	ABAD ABAD DA...
☒ Selecciona	117728	43660909	ABAD ABAD AU...

3º Realizar la validación sobre el plan AMBULATORIO y colocar los datos que se solicitan.

❖ En la misma será Indicada la Cobertura que le corresponde a la Medicación Prescrita.

4º Imprimir o anotar en la receta el código de validación emitido por el sistema (en caso que no este homologado con su sistema de Facturación).

MisValidaciones - Datos de la receta

Farmacia: [REDACTED]
 C.U.P.: [REDACTED]
 Control: [REDACTED]
 Plan: Cobertura 70% (70%)
 Código de validación: 2204633129280
 Fecha Validación: 2022-04-07 13:28:14

Afiliado: DIAZ RIBERO OLGA HAYDEE
 Nro: 17940
 Fecha Nacimiento: 1966-08-09
 Sexo: Femenino
 Documento: 17951966

Nro. receta: 242177 Fecha receta: 2022-02-01
 Médico: GUADAS CLAUDIA Mariana: 328 98804

Producto	Presentación	Laboratorio	Cantidad	Preunitario	Importe	% cob.	Imp. Cob.	A cargo pac.
TAMONTELLIER 100	100 mg comp.a 50	Montpellier	2	\$1.517,78	\$3.035,56	70,00%	\$2.124,90	\$910,66
			2		\$3.035,56		\$2.124,90	\$910,66

5º Cierre del Lote (Obligatorio): Realizar el cierre de Lote a través de Mis Validaciones (Gestión de Recetas-Lotes). Incluir las recetas de todos los planes

En los campos de droguería a cargar, llenar campos de información (sólo por modalidad del sistema ya que lo solicita para continuar el procedimiento).



AUTORIZACIONES ESPECIALES

❖ Las Recetas que hayan sido autorizadas especialmente por **Etica+**

Tendrán adjuntas un numero o Código de Autorización de "MisValidaciones" Este numero, debe ser colocado en el campo "Numero de Receta" al validar la misma.

Receta a validar

Afiliado: [REDACTED] ESTER Fecha Nacimiento: 1940-10-17 Documento: [REDACTED]

Datos de la Receta

Nº receta: 2209733193251 Fecha receta: 07/04/22

Autorización: Autorizaciones Valida: de 2022-04-06 al 2022-06-03 Estado: Autorizada

❖ Eventualmente, "FARM+" puede contactarse con la farmacia para autorizar específicamente:

❖ Cambios de Marca, Fechas de Prescripción vencidas, Cualquier otro error en la prescripción/Receta.

Cierre de Lotes a través MisValidaciones

- ⚙ Todas las recetas de **Etica+** deberán presentarse en LOTES SEPARADOS.
- ⚙ Por cada lote porcentaje de descuento/plan se confeccionará una caratula adjunta, completando el Precio de venta, el A cargo de la Obra Social y la cantidad de recetas de dicho lote, con un resumen de liquidación del mismo.
- ⚙ Además, se deberá confeccionar el resumen de liquidación y/o Facturación consolidando todos los LOTES
- ⚙ **Deberá realizar el cierre de las recetas validadas con el Manual "MisValidaciones Instructivo.pdf"**
- ⚙ **Al momento de realizar el cierre deberá adjuntar la caratula de presentación a las recetas Y Sumarla a la Planilla de Liquidación TOTAL.**

Caratula Cierre

Obra social
DE CHOFERES DE CAMIONES

Caratula Presentación de Lote
OSCHROCA

Plan: AMBULATORIO GENERAL
Farmacia: BUENOS AIRES
Fecha de Cierre Lote: 2020-07-13 12:27:52
Periodo: 2020-04
Codigo Lote: 133117001101296062

Total Recetas: 46
Total Productos: 58
Total PVP: \$6.324,29
Total a Cargo del Sistema: \$3.162,33

133117001101296062

- ⚙ ¿Qué pasa si entrego recetas que no están validadas?
La Auditoria devolverá las mismas sin realizar la Liquidación.
- ⚙ ¿Qué pasa si entrego recetas que se encuentran validadas pero sin Cierre?
La Auditoria devolverá dichos lotes para su debida Re facturación.

PRESENTACIÓN DE RECETAS 1 AL 5

Las recetas deberán presentarse cada mes, según calendario de presentaciones en la calle **FARM+ - Cerrito 146 3º PISO - C1010 - C.A.B.A. del 1 al 10 de cada Mes.**

ATENCIÓN: EN CASO DE ENVIAR LAS RECETAS EN SOBRE "CARATULAR EL MISMO CON EL NOMBRE "**FACTURACION, NOMBRE DE LA OBRA SOCIAL, Y FCIA**"

La Farmacia deberá presentar las recetas en lotes separados por Plan (descuento). Por cada lote se confeccionará la carátula adjunta, completando el precio de venta, el a cargo de la Obra Social y la cantidad de recetas de dicho Lote, con un resumen del mismo.

DATOS DE INTERES

ENRED (Etica+)

DIRECCION: Sarmiento 663 2B C.A.B.A

CUIT: 30-71212738-0

TEL: 0800-345-1256 / 5279-9820

WEB: www.eticamas.ar

EMAIL: autorizaciones@eticamas.ar

