

ASOCIACION JUDICIAL BONAERENSE

Cod. O.S. 975

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): MAYO 2022

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la Pcia. de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

PLANES	IOMA	O.S	DETALLE
Común	M. F.	Hasta el 50 % M.F.	Actúa como Co-seguro de IOMA Ambulatorio. El cálculo de hasta el 50% se efectuará sobre el valor fijado por el IOMA en el Formulario Terapéutico. El afiliado deberá abonar la diferencia entre el precio del medicamento y lo que cubran en conjunto IOMA y la Asociación Judicial Bonaerense.
Planes Autorizados por IOMA	M.F. o % <u>Aut</u>	Hasta el 50 % M.F.	Actúa como Co-seguro de IOMA en los planes que requieren autorización previa de IOMA, con las siguientes características: - IOMA Discapacidad: AJB reconocerá hasta el 50% del porcentaje autorizado por el IOMA. - IOMA Resolución de Directorio: AJB reconocerá hasta el 50% del porcentaje autorizado por el IOMA, al igual que en los casos donde se establezca cobertura de Monto Fijo de IOMA, AJB reconocerá hasta el 50% de dicho monto fijo. - IOMA Recurso de Amparo: AJB reconocerá hasta el 50% del porcentaje autorizado por el IOMA. En todos los casos el afiliado deberá abonar la diferencia entre el precio del Medicamento o Accesorio y lo que cubran en conjunto IOMA y la Asociación Judicial Bonaerense.

- **Cantidad Renglones Por receta:** 2 (dos de distinto principio activo)
- **Unidades por tamaño/renglón:** iguales cantidades y tamaños a los dispensados en la receta de IOMA.
- **Plan Común:** Únicamente se reconocerá los medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico de IOMA Ambulatorio.
- **Planes Autorizados por IOMA:** Se reconocerá lo Autorizado por IOMA, de acuerdo a lo establecido en las normas de los siguientes planes:
 - IOMA Discapacidad
 - IOMA Recurso de Amparo
 - IOMA Resolución de Directorio

RECETARIOS ACEPTADOS

- **Recetario oficial:** fondo blanco, impreso en marrón o impreso desde la web, de 2 renglones. (Modelo al pie).
- En el caso que eventualmente no estuviera impresa la fecha, puede colocarla el médico prescriptor o dejarse en blanco.

- Prescripción por genérico según la ley Nro. 25.649/02
- Cantidad de cada medicamento en números y letras.
- Enmiendas del prescriptor: solo salvadas con su firma y sello (NO válido para recetas electrónicas/digitales).
- Enmiendas del farmacéutico: salvadas por él mismo con conformidad del afiliado/tercero (NO válido para recetas electrónicas/digitales de validación obligatoria)
- Enmiendas del afiliado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

Hasta la fecha impresa en la receta de Asociación Judicial (ángulo superior derecho)

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Reconocimiento del Afiliado: Se valida con N° de afiliado de IOMA (Solo números, no tipear puntos).

Para la facturación: la Farmacia deberá presentar la receta de AJB (Asociación Judicial Bonaerense) con la firma y datos del Afiliado o tercero, junto al comprobante de validación que solo deberá contener la firma del Afiliado o tercero, sin ser necesario completar los campos de fecha de dispensa e importes. El comprobante de validación deberá contener los datos de la transacción (Código de Validación, Fechas (Prescripción y Dispensa), N° de Afiliado, Nombre y Apellido del Afiliado, N° de Matrícula del Médico Prescriptor y el detalle de la Medicación con el importe total y a cargo).

MODELOS DE RECETARIOS OFICIALES

	Titular _____ Paciente _____ CIMA Afiliado N° _____ AOB Afiliado N° _____ Departamental La Plata _____	Edad _____ 	VENCIMIENTO SECRETARIO 00429829	Folículo 1																
	DIRECCION DE SERVICIOS SOCIALES Calle 95 N° 988 - C.A.A. 8 - 1040 apt 1a Plaza Tel. (0221) 423 0180 - 423 0203 E-mail: dss@celcel.net.cu <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Fecha de prescripción</th> <th style="width: 15%;">Dia</th> <th style="width: 15%;">Mes</th> <th style="width: 15%;">Año</th> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Fecha de expedición</th> <th style="width: 15%;">Dia</th> <th style="width: 15%;">Mes</th> <th style="width: 15%;">Año</th> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Fecha de prescripción	Dia	Mes	Año					Fecha de expedición	Dia	Mes	Año				
Fecha de prescripción	Dia	Mes	Año																	
Fecha de expedición	Dia	Mes	Año																	
ASOCIACION MEDICAL DONATISTAS																				
COSEGURO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS		CANTIDAD	NOMBRE A CARGO DE ROMA	NOM. PRECIO PUBLICO	Folículo 3															
M1 A 1°																				
- 2°																				
DIAGNOSTICO CODIGO CIMA			Total Recibo _____ A cargo ROMA _____ A cargo AOB _____ A cargo AOB _____		Folículo 4															
Firma, sello y huella del Profesional			Sello y Firma Farmacia		Folículo 5															



COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 n° 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar

Formulario de inscripción de medicamentos en el Sistema de Registro de Medicamentos (SRM) de la Asociación Judicial Bonaerense. El formulario incluye campos para datos personales, datos del medicamento, y una tabla para registrar los medicamentos. El número de registro es N° 00001801.

RESUMEN

Presentación: Mensual

CUIT

30-57416579-9

CTRL F: para buscar palabra clave.

WEB: WWW.COLFARMA.ORG.AR /

Para consultas sobre esta norma de atención comunicarse a Mesa de Ayuda:

mail: ayudaonline@colfarma.org.ar / Tel: 0810 333 4133 / wsp: 011 51476648