

COCHERIAS ARGENTINAS S.A.

Cod. O.S. 10946

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): MAYO 2016

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

CARATULA SIN VALIDAR

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO:	O.S	Afiliado
Ambulatorio	50%	50%

Cantidad Máxima de:

PRODUCTOS DISTINTOS POR RECETA: 2 (dos) de distinto principio activo

UNIDADES POR RENGLÓN: 1 (uno)

UNIDADES POR TAMAÑO: 1 solo grande o mediano

Antibióticos inyectables: Monodosis: cinco (05) Multidosis: uno (01)

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:

Reconoce los medicamentos, prescriptos por nombre genérico, incluidos en el Formulario Terapéutico de IOMA, con las siguientes exclusiones:

Antisépticos de Superficie. Antivirales (excepto los de uso tópico) – Champús medicinales: (excepto los de Venta Bajo Receta y con troquel), – Citostáticos / Oncológicos – Coadyuvante de terapia antineoplásica – Fórmulas magistrales. Gammaglobulinas específicas – Hormonas de crecimiento – Inmunoestimulantes – Inmunosupresores – Interferones Inyectables – Internación – Insulinas Humanas – Jabones medicinales – Leches Medicamentosas – Leches Maternizadas – Leches Enteras – Lociones capilares – Lociones dérmicas – Medios de contraste – Productos sin troquel – Reactivos-Solventes indoloros – Vacunas iny. – Venta Libre.

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

– Particular o de instituciones

– 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

30 días

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR:

- Nombre y Apellido del paciente.
- N° de afiliado.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra.
- Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- Fecha de prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.
- No se aceptan enmiendas sobre corrector líquido.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

- Incluyendo el código de barras.
- Si no tiene troquel, colocar código de barra o la sigla S/T con firma de conformidad del afiliado.
- Sello y firma de la farmacia.
- En la receta debe constar firma del afiliado o tercero y aclaración DNI.

Para la facturación: Adjuntar comprobante de validación donde consten los precios unitarios y totales, importes a cargo de la obra social y del afiliado y fecha de dispensa caso contrario la receta deberá ser valorizada.

RESUMEN

Presentación: Mensual

CUIT

33-71115738-9



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

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