



JERARQUICOS SALUD
Asociación Mutual Del Personal
Jerárquico De Bancos Oficiales Nacionales

Cod. O.S. 848

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): MAYO 2026

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO	OS	Afiliado	Observaciones
Plan General	40%-60%-100%	60%-40%	PLAN GENERAL: El sistema de validación emitirá la cobertura correspondiente, según el plan y la condición del Afiliado/a. En dicho plan se encuentran los planes detallados a continuación: —COBERTURA 40%: PLAN MEDICO INTEGRAL, PLAN MEDICO INTEGRAL 2886, PLAN MEDICO INTEGRAL JUBILADOS, PLAN MEDICO INTEGRAL SOLTERO, PLAN MEDICO INTEGRAL 2886 SOLTERO, PLAN MEDICO INTEGRAL MONOTRIBUTISTA SOLTERO, PLAN MEDICO INTEGRAL MONOTRIBUTISTA. —COBERTURA 60%: PLAN MEDICO INTEGRAL 2000, PLAN MEDICO INTEGRAL 3000, PLAN MEDICO INTEGRAL JUBILADOS 2000, PLAN MEDICO INTEGRAL JUBILADOS 3000, PLAN MEDICO INTEGRAL 2886/2000, PLAN MEDICO INTEGRAL 2886/3000, PLAN MEDICO INTEGRAL 2000 MONOTRIBUTISTA. —COBERTURA 100%: PLAN MATERNO INFANTIL – (La cobertura la emitirá el sistema, de acuerdo a los medicamentos contemplados en el Vademécum del plan) MADRE sin autorización previa, durante el embarazo, parto y puerperio, para la dispensa sólo deberá presentar el carnet de cobertura del Programa materno Infantil – Plan de cobertura madre, receta médica, credencial de Jerárquicos y DNI. HIJO/A sin autorización previa, para los niños/as menores de tres años, para la dispensa sólo se deberá presentar el carnet de cobertura del Programa Materno Infantil – Plan de cobertura niño vigente, receta médica, credencial de Jerárquicos y DNI.
Plan Materno Infantil	100%	—	PLAN MATERNO INFANTIL NIÑO - SOLO CREMAS: Para el cuidado de la piel del bebé: cada socio dispondrá de cuatro recetarios, en los que figurará pre impreso el nombre comercial de la crema, para ser utilizados uno por trimestre de acuerdo a los meses de vida del bebé (se debe verificar los mismos en el recetario) y a la acción terapéutica que corresponda. Las cremas reconocidas en este plan son las siguientes: — Deralbine crema x 40 g. — Macril crema x 20 g Una vez cumplido el año de vida los voucher no deben ser utilizados.
Plan Autorizados	% Autorizado	Resto	PLAN AUTORIZADOS: En este plan, Jerárquicos podrá autorizar con los porcentajes del 40% – 60% – 70% – 80% – 90% – 100%, todo expendio que se contraponga con la presente norma (Ej. Mayores cantidades, medicamentos excluidos, accesorios, mayores coberturas, etc.). Para la facturación, deberá remitirse la receta original y la autorización (formulario denominado "Expediente de Autorización de Medicamentos"). La validez de la autorización es de 30 días desde la fecha de "Carga" que figura en la misma. Estas recetas deben ser prescriptas y autorizadas por separado del resto de las prescripciones.

Cantidad Máxima de:

PRODUCTOS POR RECETA: hasta 3 (tres) medicamentos por receta, a excepción del Plan Autorizados donde el profesional puede prescribir más de 3 (tres) medicamentos y envases con autorización previa de la O.S.



UNIDADES POR RENGLON: Respuesta del validador.

TAMAÑOS POR RECETA: Respuesta del validador.

ANTIBIÓTICOS INYECTABLES: Respuesta del validador.

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS: Respuesta del validador.

VACUNACION ANTIGRIPE: cobertura solo con autorización previa de Jerárquicos.

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Recetario oficial: de 3 renglones, fondo blanco impreso en azul.

Recetario particular: se aceptará cualquier formato de prescripción médica/recetario que cumplan con los datos requeridos (nombre y apellido, N° de socio, medicamento genérico, forma farmacéutica, dosis/unidad, concentración, fecha, firma (de puño y letra), sello del profesional (en original) y diagnóstico).

Recetario electrónico: Prescripciones confeccionadas a través de diferentes plataformas, las que deben contener obligatoriamente los requisitos de identificación de cada receta electrónica, ejemplo: código de barra o número de receta. Además de los datos requeridos: Nombre y apellido, N° de socio, medicamento genérico, forma farmacéutica, dosis/unidad, concentración, fecha prescripción, diagnóstico, **con el sello y la firma hológrafa del profesional prescriptor ambos en original. El afiliado deberá presentar la receta impresa en la farmacia.**

Recetario electrónico MisRx, RCTA, Recetario, Praxys, Consejo de Médicos de Córdoba: Se podrán aceptar prescripciones confeccionadas a través de estas plataformas, las que deberán contener código de barra con el número de receta. Además de los datos requeridos: Nombre y apellido, N° de socio, medicamento genérico, forma farmacéutica, dosis/unidad, concentración, fecha prescripción, diagnóstico, el sello y la firma del profesional prescriptor estarán también de forma electrónica.



Se deberá consultar y validar éstas recetas electrónicas desde el botón “consultar receta electrónica” en el validador del Colfarmaonline.

El sistema emite el comprobante de validación al que se deberán adherir los troqueles, completar con datos de afiliado y firma y sello de la farmacia.

Siempre que se consulte y se valide la prescripción electrónica desde el botón «CONSULTAR RECETA ELECTRÓNICA» no será necesaria la receta impresa para su facturación. Será suficiente con el comprobante de validación, respetando la normativa vigente.

- 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 PRESCRIPCIÓN

30 días corridos, a partir de la fecha de prescripción.

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACIÓN



Reconocimiento del Afiliado:: Al momento de validar, la Farmacia deberá ingresar en el campo “N° de Afiliado” los primeros dígitos de la credencial del Afiliado, además un guion medio antes de ingresar los 2 últimos dígitos de la credencial, tal cual se observa en la credencial.
Ej: 143187-00 (Credencial) – 143187-00 (Ingreso en el Validador)

EL AFILIADO DEBERÁ EXHIBIR:

Receta particular o membretada de Jerárquicos. Credencial física o virtual, o Certificado provisorio con identificación de: los datos del socio a quien se le recetó la medicación, del Plan y vigencia de la misma (fecha de activación y vencimiento). Autorización (en caso que corresponda).

Expediente de Autorización de Medicamentos: El Prestador que recibe de un asociado de Jerárquicos el “Expediente de Autorización de Medicamentos”, debe exigir al mismo tiempo la respectiva “Prescripción Médica Original”, y verificar se debe verificar que coincidan en ambos documentos la Fecha de Prescripción Médica y Medicamentos autorizados, a los fines de evitar confusiones e inconvenientes al momento de facturar la prestación realizada.

En los medicamentos autorizados (100%), debe respetarse el nombre comercial que figura en el “Expediente de Autorización de Medicamentos” emitido a requerimiento del Socio. Podrá sustituirse por un genérico de menor valor. En caso de tener que sustituirlo/s por un genérico de mayor valor, se deberá consultar previamente a la Obra Social.

Si la farmacia procede a la dispensa de un medicamento de importe superior al autorizado por Jerárquicos, sin el consentimiento de la Auditoría, se abonará el importe del medicamento que figure en la Autorización. **Se aclara que se está gestionando con la Obra Social la adecuación del Expediente de Autorización de Medicamentos a las normas provinciales.** (Ver Modelo de expediente de autorización de medicamentos)

IMPORTANTE: Para proceder a la facturación la Farmacia deberá presentar:

- Carátula de lote por el total de la facturación presentada.
- Receta completa de puño y letra: nombre y apellido del socio, N° de socio, medicamento genérico, forma farmacéutica, dosis/unidad, concentración, fecha, firma, sello del profesional y diagnóstico. (**su falta es motivo de débito**).
- Autorización digitalizada para los medicamentos con coberturas especiales (Autorizados).
- Adjuntar presupuesto o comprobante de validación donde consten los precios unitarios y totales, caso contrario la receta deberá ser valorizada, aclarando que la firma del afiliado solo debe figurar en la receta y no en el presupuesto o comprobante de validación antes mencionados.
- La conformidad del socio debe registrarse sólo en la receta, con la firma del mismo y aclaración.

Como proceder en la re-facturación:

- La Farmacia deberá adjuntar la planilla por el cual se generó dicho débito.
 - Si la receta fuera devuelta por encontrarse **sin diagnóstico**, se devolverá la receta para ser re facturada UNICAMENTE cuando el médico prescriptor la complete, avalada con su firma, sello y fecha, de no contar la re-facturación con dichos requisitos, la receta le será debitada sin posibilidad de re facturar.
 - Si el débito se produjo por **error /diferencia en el precio del medicamento vendido**, se abonará el importe que correspondía a la fecha de venta, siendo debitado el importe excedente.
 - Si **falta troquel**: En este motivo de débito, se devuelve la receta junto a la documentación de la misma a los efectos de que se le adjunte el troquel faltante.
 - Si **falta firma del socio**: La conformidad del socio debe registrarse sólo en la receta con la firma del mismo y aclaración. Las recetas que no cuenten con dicha conformidad se devolverá sin posibilidad de re-facturación.
 - Las recetas que **no cuenten con fecha de prescripción**, la misma este en forma parcial o enmendada sin la salvedad del profesional se debitarán sin posibilidad de re-facturar.
 - Las recetas que fueron devueltas por contar con el **plazo vencido** (más de 30 días entre la fecha de prescripción y la de efectuada la venta) no pueden ser re-facturadas.
 - Las recetas debitadas por “Falta sello y firma del médico prescriptor”, no serán re-facturables ; al igual que aquellas que fueron debitadas por “Venta de medicación excluida de la cobertura”.
 - Receta no salvada: la presencia en la receta de enmiendas, tachaduras o raspaduras, que no se encuentren debidamente salvadas por el profesional prescriptor, invalidará la misma para su reconocimiento como tal.
- La re-facturación a través de la caratula manual “Solo re facturación”, se utiliza cuando el débito es aplicado por error en el porcentaje, caso contrario se deberá proceder a la re-facturación a través del N° del código de validación.

MODELOS DE RECETARIOS

Recetario Manual:

[illegible]

Recetarios electrónicos MisRx válidos:

JS **JERÁRQUICOS**
Salud

Fecha Receta: 05/06/2024

Recetario:



2415614852077

OS: Jerárquicos Salud
Afiliado: XXXXXXXX
D.N.I.: XXXXXXXX
Diagnóstico: fractura
Plan: PMI 3000

RP/

- **IBUPIRAC FLEX 600 Pfizer**
ibuprofeno+cloroxazona, comp.rec.x 10
Cantidad: 1

Firmado electrónicamente por:
Dña: XXXXXXXX
Matrícula: XXXXXXXX
Especialidad: CLINICA MEDICA

Esta receta debe validarse en line ingresando el número de recetario



Firma Electrónica



La firma electrónica sustituye legalmente a la firma ológrafa

 OSTSAMPJ BON-JS

Fecha Recibida: 05/06/2024

Retenció:



2415614852077

OS: Jerárquicos Salud
Afiliado: XXXXXXXX
D.N.I.: XXXXXXXX
Diagnóstico: contrachura
Plan: PMJ 3000

RP/

- **IBUPIRAC FLEX 600 Píizer**
ibuprofeno+cloroxazona, comp.rec.x 10
Cantidad: 1

Firmado electrónicamente por:
Dña: XXXXXXXX
Matrícula: XXXXXXXX
Especialidad: CLÍNICA MEDICA

Esta receta debe validarse on-line ingresando el número de recetario

 Firma Electrónica 

La firma electrónica sustituye legalmente a la firma oligráfica

MODELO DE EXPEDIENTE DE AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS


JERARQUICOS



Responsable: _____

Expediente de Autorización de Medicamentos N°: 6319369

Serie: _____ **Plan:** PMH 3000

Edad: 2 Años y 3 Meses

Localidad: _____

Prescripción: 01060217

Código: 12050017

Cant.	Código	Descripción	Resolución	% Cobertura	Observaciones
4	NM144	PROTEÍNAS+GRASAS+CARBOH.+ASOC. MILTILON PGP11 JUNIOR HC - Pres. lvs + 400 g	Autógeno	100.00	

DEPARTAMENTO AUDITORÍA MÉDICA

Firma responsable en el Recibo:
Capacidad de entrega: _____ **N° de documentos:** _____

Firma en copia recibo: _____

AVISO IMPORTANTE

a los Sres. Alumnos y Profesores Médicos:

Con el fin de optimizar nuestras prestaciones médicas y mejorar el servicio, se ha determinado contar con la colaboración de Uds. En referencia a la conexión de los órdenes médicos, las mismas deberán contar con los siguientes datos por cada ingreso:

- + Apellido y Nombre y del socio
- + Número de socio
- + Diagnóstico referido a la patología

Nota: El medicamento que los medicamentos autorizados al 100%, son los que figuran en la presente autorización con dicho porcentaje. En caso de tener que consultar por un genérico, consultar previamente con el Ombú Social.

Se puede realizar el seguimiento de sus expedientes de autorización registrados en nuestro web: www.jerarquicos.com

E-Mail: formacion@comercial.com - Tel: 8162-450612 - 8160-555400

Fecha: 13/06/2017 Hora: 10:44:24

E-Mail: formacion@comercial.com - Tel: 8162-450612 - 8160-555400

El formulario que se detalla a continuación, no debiera llegar a la Farmacia, ya que puede observarse en el ítem “Resolución” que el medicamento no requiere autorización.


JERÁRQUICOS

Emisor: [REDACTED]

Expediente de Autorización de Medicamentos N° 525533

Fecha: 14/05/2017

Lugar: PMA

Fecha: 14/05/2017

Fecha: 29/05/2017

Fecha: 01/06/2017

Cant.	Código	Descripción	Revisión	Colaborador	Observaciones
1	100000	POLISAC MENINGOCOC A-C-Y-9135	1	100000	Se requiere autorización

MENINGOCOC A-C-Y-9135

MENINGOCOC A-C-Y-9135

DEPARTAMENTO AUDITORÍA MÉDICA

Para consultar por el Estado:

Fecha de entrega:

N° de documento:

Fecha en curso:

St. Profesional a Estudiante: Para facturar, remitir a JERÁQUICOS el presente formulario con la receta de práctica original y los
 Incluir los correos de envío.

AVISO IMPORTANTE
Dra. Asistidos y Profesionales Médicos

Con el fin de optimizar nuestras prestaciones médicas y mejorar el servicio, es fundamental contar con la colaboración de Uds. En referencia a la confidencialidad de los datos médicos, los mismos deberán contar con los siguientes datos: con Dato, apellido

- * Apellido y Nombre y del socio
- * Número de socio
- * Diagnóstico referido a la patología

Nota: La recordamos que los madricamientos autorizados al 100%, son los que figuran en la presente autorización con dicho porcentaje. En caso de tener sus participaciones por un monto menor, consultar directamente con la CIBsa Social.

Ud puede recibir el resultado de sus respuestas de e-Instituto Investigativo en nuestra web: www.investigativo.com

Fischer: 01-06-2011 Y. Hays: 11-01-08

E-Mail: forman@livermore.com - FX: 9543-458453 - 800-5551044

Voucher de cremas para el cuidado de la piel del niño.

Recetario obligatorio 0-3 meses

Recetario obligatorio 3-6 meses

J S

JERARQUICOS

PROGRAMA MATERNO INFANTIL
Clara Social Jerárquicos - COTSAFIPRON / R.M.O.S. 9.0303-7
Mutual Jerárquicos - AMPRON / B.N.E.M.P.N° 3.1014-9

PLAN DE COBERTURA NIÑO

Recetario: Cremas para el tratamiento de dermatitis específicas

O A 3 MESES

Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de Deralbine crema (1 envase x 40 g), dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.

Información para el pediatra: La provisión de este medicamento está contemplada para todo el trimestre (90 días).

DATOS DEL BEBÉ

Apellido y Nombre: N° de Socio:

COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra Red de Prestadores distribuidas a lo largo de todo el país.
Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI y la Credencial JS (física o virtual).

DERALBINE CREMA: 1 envase x 40 g

Diagnóstico:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE LOCALIDAD Y FECHA

Este recetario vence a los 30 días de su prescripción

Sr. Farmacéutico: Para facturar; remitir a jerárquicos el presente formulario con el troquel correspondiente.

Troquel

CONFORME ASOCIADO ACLARACIÓN Y D.B.I. FECHA DE ENTREGA


JERÁQUIL

PROGRAMA MATERNO INFANTIL
 Otra Social Jerárquica: CITSAMBION / R.M.0.5-0830-7
 Mutual Jerárquica: AMFIBON / R.M.E.M.PN° 3-3014-9

PLAN DE COBERTURA NIÑO

3 A 6 MESES

Recetario: Cremas para el tratamiento de dermatitis específicas

Esta receta será prescripta por única vez para la adquisición de una de las opciones mencionadas, dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.

Información para el pediatra: Marcó con una X sólo una de las opciones indicadas. La provisión está contemplada para todo el trimestre (90 días).

DATOS DEL NIÑO

Apellido y Nombres:

N° de Socio:

COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra Red de Prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI, Credencial JS (física y virtual) y Carnet del Programa Materno Infantil.

Seleccionar sólo una de las opciones con una X

☐ **MACRIL:** 1 envase x 20 g

☐ **DERALBINE CREMA:** 1 envase x 40 g

Diagnóstico:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

LOCALIDAD Y FECHA

Este recetario vence a los 30 días de su prescripción

Sr. Farmacéutico: Para facturar, remitir a Jerárquica el presente formulario con el troquel correspondiente.

Troquel

COBERTURA ADICIONAL

COBERTURA ADICIONAL

FECHA DE ENTREGA



Recetario obligatorio 6-9 meses



PROGRAMA MATERNO INFANTIL
Obra Social Jerárquicos: OSTAMPBON / R.N.O.S 0-0320-7
Mutual Jerárquicos: AMPBON / R.N.E.M.P.N° 3-3014-9

PLAN DE COBERTURA NIÑO

Recetario: Cremas para el tratamiento de dermatitis específicas

6 A 9 MESES

Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de una de las opciones mencionadas, dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.

Información para el pediatra: Marcar con una X sólo una de las opciones indicadas. La provisión está contemplada para todo el trimestre (90 días).

DATOS DEL NIÑO

Apellido y Nombres:

N° de Socio:

COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra Red de Prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI, Credencial JS (física y virtual) y Carnet del Programa Materno Infantil.

Seleccionar sólo una de las opciones con una X

☐ MACRIL: 1 envase x 20 g

☐ DERALBINE CREMA: 1 envase x 40 g

Diagnóstico:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

LOCALIDAD Y FECHA

Este recetario vence a los 30 días de su prescripción.

Sr. Farmacéutico: Para facturar, remitir a Jerárquicos el presente formulario con el troquel correspondiente.

Troquel

CONFORME ASOCIADO

ACREDITACIÓN Y D.N.I.

FECHA DE ENTREGA

Recetario obligatorio 9-12 meses



PROGRAMA MATERNO INFANTIL
Obra Social Jerárquicos: OSTAMPBON / R.N.O.S 0-0320-7
Mutual Jerárquicos: AMPBON / R.N.E.M.P.N° 3-3014-9

PLAN DE COBERTURA NIÑO

Recetario: Cremas para el tratamiento de dermatitis específicas

9 A 12 MESES

Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de una de las opciones mencionadas, dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.

Estimado Pediatra: Marcar con una X sólo una de las opciones indicadas. La provisión está contemplada para todo el trimestre (90 días).

DATOS DEL NIÑO

Apellido y Nombres:

N° de Socio:

COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra Red de Prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI, Credencial JS (física y virtual) y Carnet del Programa Materno Infantil.

Seleccionar sólo una de las opciones con una X

☐ MACRIL: 1 envase x 20 g

☐ DERALBINE CREMA: 1 envase x 40 g

Diagnóstico:

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

LOCALIDAD Y FECHA

Este recetario vence a los 30 días de su prescripción.

Sr. Farmacéutico: Para facturar, remitir a Jerárquicos el presente formulario con el troquel correspondiente.

Troquel

CONFORME ASOCIADO

ACREDITACIÓN Y D.N.I.

FECHA DE ENTREGA

MODELOS DE CREDENCIALES

Carnet de cobertura Madre

PROGRAMA MATERNO INFANTIL
Obra Social Jerárquicos: OSTAMPBON / R.N.O.S 0-0320-7
Mutual Jerárquicos: AMPBON / R.N.E.M.P.N° 3-3014-9

PLAN DE COBERTURA MADRE
Carnet de Cobertura

Apellido y Nombre:

DNI: N° de Socio:

Vigencia de cobertura: Desde: Hasta:

REV.2 - MAYO 2022

Carnet de Cobertura Niño

PROGRAMA MATERNO INFANTIL
Obra Social Jerárquicos: OSTAMPBON / R.N.O.S 0-0320-7
Mutual Jerárquicos: AMPBON / R.N.E.M.P.N° 3-3014-9

PLAN DE COBERTURA NIÑO
Carnet de Cobertura

Apellido y Nombre:

DNI: N° de Socio:

Vigencia de cobertura: Desde: Hasta:

REV.4 - ABRIL 2022

ESPECIFICACIONES SOBRE LA CREDENCIAL:

El socio podrá optar por acceder a la prestación o atención, con la credencial física o la credencial virtual, teniendo ambas la misma validez.

a) Credencial física: Credencial habilitante que lo identifique como tal.

MODELO DE CREDENCIAL FISICA



b) Credencial virtual: dicha Credencial se encuentra disponible en la aplicación para socios **Jerárquicos Móvil**, la cual contiene la misma información actualmente suministrada en la credencial física



MODELO DE CREDENCIAL VIRTUAL



Referencias:

- 01. QR con datos de la banda magnética
- 02. Foto de Perfil (elegida por el Socio)
- 03. Logo Animado de Jerárquicos
- 04. Datos de la Credencial

IMPORTANTE: EL LOGO ANIMADO (EN MOVIMIENTO) DE LA CREDENCIAL ACREDITA QUE LA MISMA NO SE TRATA DE UNA FOTO.

Si el socio tiene activo el **Programa Materno Infantil**, ya sea con el plan de cobertura para la Madre o para el Niño, se visualizará dicha condición en la credencial virtual, como se muestra a continuación:



ESPECIFICACIONES SOBRE EL CERTIFICADO PROVISORIO

El **certificado provisorio** debe ser presentado ante la circunstancia de credencial en trámite o eventual ausencia de la misma. El mismo se emite desde la Administración de Jerárquicos, pudiendo también el Socio imprimirlo ingresando al sitio de autogestión de la página web. (Válido para Credencial Física)

MODELO DE CERTIFICADO PROVISORIO

JERÁRQUICOS	
CERTIFICADO PROVISORIO	
Fecha de emisión:	18/09/2015
Apellido y nombre:	ECHEVETTI, AUGUSTO DANIEL
Número de socio:	96505 - 00
DNI:	32327035
Servicio de salud:	PMI 2000
Inicio de cobertura:	01/09/2012
Validez del certificado:	18/10/2015

Sr. Prestador:

- El poseedor del presente certificado provisorio tiene su credencial en trámite.
- El certificado tendrá validez únicamente cuando el socio presente el documento que acredite su identidad.

INSTRUCTIVO PARA LA VALIDACION DE ACCESORIOS O FORMULAS MAGISTRALES

En el caso que se tenga que validar un “Accesorio o Fórmulas Magistrales”, se deberá proceder de la siguiente manera:

- En el validador, se deberá seleccionar la Obra Social JERARQUICOS SALUD, a continuación el Plan Autorizados. Como muestra la siguiente imagen:



MESA DE AYUDA 0810 333 4133 VALIDACIÓN ONLINE
LUNES A VIERNES DE 8:45 A 20:30 HS.

VALIDACIÓN ▾ CIERRE DE PRESENTACIÓN ▾ CONSULTAS ▾ PEDIDOS A DROGUERÍAS ▾ SIAFAR ▾ CONSULTAS PAMI ▾ IOMA MEPPES ▾ TRAZABILIDAD ▾

Validación de Recetas

Obra Social: JERARQUICOS SALUD [Ver Norma de Atención](#)

Plan: Autorizados 100% Rta.Part./Of.Jerarquicos Salud

Nro.Afiliado:

Fecha de Pres: 25/07/2022

Fec.Dispensa: 25/07/2022

Medico: Prov Matricula:

- Al momento de ingresar el Accesorios o Fórmula Magistral a dispensar, se deberá hacer **Clic** en el botón “Acces. a disp.”, como muestra la imagen a continuación:

Cantidad	Troq./Cod.Barras		Cantidad	Troq./Cod.Barras	
1					
					

☐ Realizar Consulta de Validación

Validar 

-Luego el sistema despliega una pantalla, en la cual se deberá ingresar en Buscar Producto el código “1000” cuando son Accesorios, o el código “2000” cuando son Fórmulas Magistrales y hacer Clic en “Buscar”, allí el sistema detalla: N° Troquel “1000” o “2000” (según corresponda), Nombre, Presentación, Laboratorio Y Cod. Barras. Como se puede ver en la siguiente imagen:

Accesorio a dispensar

Buscar Producto: 1000 **Buscar**

Importe del Producto: **Confirmar**

Nro.Troquel	Nombre	Presentacion	Laboratorio	Cod.Barras
1000	accesorios	Varios	Accesorios Varios	000000001000

-A continuación se debe hacer **Clic** sobre el Nro. Troquel “1000” o “2000”, según lo ingresado y se abrirá otra ventana en la cual se deberá ingresar el “Importe del producto” a cobrar y hacer **Clic** en el botón “Confirmar”, como se observa en la siguiente imagen:



Accesorio a dispensar

Buscar Producto: **Importe del Producto:**

Producto Seleccionado: **accesorios Varios**

-Luego de confirmar, el sistema mostrará la pantalla con todos los datos ingresados previamente, una vez verificados, se deberá hacer **Click** en “Validar”, como se hace habitualmente.

MESA DE AYUDA 0810 333 4133 VALIDACIÓN ONLINE

VALIDACIÓN CIERRE DE PRESENTACIÓN CONSULTAS PEDIDOS A DROGUERÍAS SIAFAR CONSULTAS PAMI IOMA MEPPES TRAZABILIDAD

Validación de Recetas

Obra Social: Plan:

Nro.Afiliado: Fecha de Pres:

Fec.Dispensa: Medico: Matricula:

Cantidad	Troq./Cod.Barras	Acces.a disp.	Cantidad	Troq./Cod.Barras	Acces.a disp.
1	1000 Accesorios Varios	Acces.a disp.			Acces.a disp.
1	2000 PREPARADO MAGISTRAL Varios	Acces.a disp.			Acces.a disp.

RESUMEN

Planilla: Carátula On Line.

Presentación: Mensual (120 días corridos de plazo).

CUIT

30-68695518-0

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