



PARANA ART
Paraná Aseguradora de Riesgos del Trabajo S.A.

Cód. O.S. 11028

NORMA DE ATENCIÓN: OCTUBRE 2026

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO:	OS:	Asegurado:
Ambulatorio	100%	—

Cantidad Máxima de:

RENGLONES POR RECETA: Hasta 3

PRODUCTOS POR RECETA: Hasta 3 envases

PRODUCTOS POR RENGLÓN: Hasta 1

Antibióticos Inyectables monodosis: Respuesta de validador

TAMAÑOS POR RECETA: Respuesta de validador

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS: Respuesta del Validador.

Los descuentos se aplican sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta comprendidas en el Manual Farmacéutico o Agenda farmacéutica Kairos.

SE ENTREGAN SIN AUTORIZACIÓN PREVIA: *Reconoce Cantidad 1 (uno)*

GASAS (diferentes tamaños).

PERVINOX/o su equivalente.

VENDAS (diferentes tamaños).

CINTAS HIPOALERGÉNICAS (diferentes tamaños).

PLATSUL CREMA O GASAS.

ALGODÓN.

ALCOHOL.

PARACETAMOL / IBUPROFENO / PRAZOLES (LOS VENTA LIBRE) CAJA CHICA

Ver información en “detalles para la dispensa y facturación” al pie.

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Recetas particulares: Prescriptas en original, donde el sello y la firma del profesional prescriptor deberán estar también en original.

DATOS DE LA RECETA:

- Denominación del convenio: PARANÁ ART
- Nombre y apellido del paciente
- Número de documento
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no expresa cantidad se expenderá solamente uno)
- Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.
- Fecha de prescripción.



Recetas Electrónicas: Son válidas las prescripciones de las plataformas **RCTA y MISRX**.

Deberán contener obligatoriamente los requisitos de identificación de cada receta, como, por ejemplo: código de barra, número de receta y/o QR. Además de los datos requeridos: Nombre y apellido, N° de DNI, Fecha prescripción, medicamento genérico, forma farmacéutica, dosis/unidad, concentración.

Las recetas deben indicar que fueron firmadas electrónicamente o digitalmente por el profesional prescriptor (la firma electrónica sustituye legalmente a la firma ológrafa).

Es importante aclarar que el asegurado siempre deberá presentar la receta impresa en la farmacia.

- 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 asegurado/tercero (NO válido para recetas electrónicas/digitales de validación obligatoria)
- Enmiendas del asegurado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

15 días

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

PARANA ART **NO** REQUIERE DENUNCIA DE SINIESTRO

Reconocimiento del asegurado: para la validación se deberá ingresar el N° de DNI del mismo sin puntos: Ejemplo DNI 12.345.678 se deberá ingresar: 12345678

MUY IMPORTANTE: Antes de rechazar una receta por no cumplir con los requisitos de esta norma operativa, incluyendo los productos prescritos, solicitar autorización vía mail a: auditoriamedica@paranaart.com.ar

APLICACIONES: PARANA ART reconoce el 100% del importe por cada aplicación de inyectables efectuada. Dicho concepto debe figurar en el comprobante de validación.

Códigos

300002 DESCARTABLES

300003 APLICACIONES

300004 ALIMENTICIOS

300006 FRACCIONADOS

300007 MEDICAMENTO FUERA DE ALFABETA (**Solo para paracetamol/ibuprofeno/prazoles de Venta libre**)

Para la facturación:

- Presentar orden medica
- Adjuntar los troqueles de acuerdo al orden de prescripción, incluyendo el código de barras.
- Número de orden de la receta
- El comprobante de validación deberá contener:

Fecha de venta

Cantidad y descripción de productos dispensados

Precios unitarios y totales.

Sello y firma de la farmacia.

Firma del asegurado o tercero, aclarando la persona que retira, nombre completo, domicilio, teléfono y documento. (la ausencia de estos datos es motivo de débito)



EXCLUSIONES

GRUPOS TERAPEUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA

- Alimentos y Diabéticos
- Anestésicos
- Anorexígenos y anabólicos
- Anticonceptivos y anovulatorios físicos o químicos
- Cosmética
- Oncológicos y Citostáticos
- Champúes de todo tipo
- Estéticos (anticelulíticos, antiarrugas, fotoenvejecimiento, etc)
- Estimulantes de la disfunción sexual
- Extractos de órganos, tejidos y células de cultivo animales y/o vegetales.
- Drogas inmunomoduladoras, drogas inmunosupresoras.
- Flores de bach
- Ginseng
- Hormonas de crecimiento
- Leches en polvo simples o compuestas
- Odontológicos (pastas, polvos, dentífricos, artículos de limpieza, etc)
- Parches de nicotina.
- Productos para internación.
- Productos sin troquel
- Reactivos para el diagnóstico
- Recetas magistrales homeopáticas y alopáticas
- Sustitutos de la sal.
- Venta libre (excepto paracetamol/ibuprofeno/prazoles)

RESUMEN

Presentación: Mensual

Plazo de facturación: 60 días

CUIT

30-71708384-5

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: 221 6547529