



Fecha de Vigencia: **01/07/2012**

Ultima Modificación: 04/08/25

| GALENO | | |
|--|--|---|
| 1. AMBITO DE APLICACIÓN: | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Todo el país | | |
| 2. DESCUENTOS | | |
| <p><i>Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor vigente al día del expendio, que figuran en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos.</i></p> | | |
| Plan: | A cargo del afiliado: | A cargo de la entidad: |
| Ambulatorio | 60%, 55%, 50%, 45%, 40%, 35%, 30%, 25%, 20%, 15% | 40%, 45%, 50%, 55%, 60%, 65%, 70% y 75%, 80%, 85% |
| PMI | 0% | 100% |
| Crónicos | 30% | 70% |
| Ver Detalle de Planes en Anexo 1 | | |
| 3. REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES | | |
| Recetario: | <p>Receta Electrónica: Estas recetas cuentan con un Número de Receta Electrónica o ID que las identifica. El mismo figura en un código de barras. Estas recetas deben validarse online (Ver punto 8)</p> <p>No se aceptarán recetarios con publicidades salvo que provengan de Hospitales Públicos.</p> <p>Se aceptarán recetarios preimpresos por computadora siempre y cuando el sello y firma del profesional prescriptor sea en original.</p> <p>No se aceptan fotocopias de recetas.</p> <p>Recetas Manuscritas: Se seguirá aceptando en todo el País las prescripciones en forma manuscrita de descartables, pañales y fórmulas magistrales, como así también de medicamentos hasta tanto las diferentes jurisdicciones adhieran al nuevo sistema teniendo un plazo establecido para ello en la resolución mencionada.</p> | |
| Datos contenidos en la receta: (Los datos manuscritos por el profesional deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma) | <p>Denominación de la entidad</p> <p>Nombre del profesional o institución</p> <p>Nombre, Apellido del afiliado y Número de afiliación</p> <p>Fecha de emisión de la receta.</p> <p>Firma y sello aclaratorio del profesional. (El sello es obligatorio aún figurando las recetas impresas con los datos del profesional).</p> <p>Detalle de los medicamentos</p> <p>Cantidades de los medicamentos en números y letras</p> <p>Legenda Tratamiento Prolongado (si corresponde).</p> | |
| Validez | 30 (treinta) días a partir de la fecha de emisión e incluyendo la misma. | |
| a) para la venta: | | |
| b) para la presentación: | 60 (sesenta) días corridos, a partir de la fecha de venta e incluyendo la misma. | |
| c) Para la refacturación: | 30 (treinta) días corridos a partir de haber recibido la liquidación. | |
| | RECORDAR QUE LOS DEBITOS SON NO REFACTURABLES, SALVO ERRORES INHERENTES A LA AUDITORIA. | |
| Cantidad máxima de Medicamentos y de envases por receta: | <p><u>Tratamiento Normal:</u> Hasta 3 (tres) medicamentos distintos por receta y hasta 1 (uno) envase por renglón.</p> <p><u>Tratamiento Prolongado:</u> Hasta 3 (tres) medicamentos distintos por receta - Envases por renglón: lo indicado por el médico prescriptor.</p> | |
| Contenidos máximos de cada medicamento según su tamaño: | <p>Tamaño especificado: Lo requerido en la receta.</p> <p>Tamaño no especificado: Vender la menor presentación.</p> <p>Especifica "grande": Vender la presentación siguiente a la de menor tamaño.</p> | |
| Antibióticos inyectables: | Monodosis: hasta 6 (seis) ampollas individuales por receta. | |

| | | |
|---|--|---|
| Psicofármacos: No se aceptan fotocopias de recetas. | Lista II (receta oficial): | Receta de Salud Pública Receta adjunta de la institución. |
| | Lista III y IV (receta archivada) | Receta oficial por duplicado, con sello y firma del médico, aún estando el sello impreso. |
| 4. REQUISITOS DEL AFILIADO: | | |
| Deberá presentar: | Credencial de afiliación en vigencia | |
| | Credencial Provisoria acompañada del DNI del afiliado (validez 30 Días) | |
| | Receta correspondiente. | |
| Deberá verificarse: | Existencia del afiliado en el padrón | |
| 5. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO: | | |
| La farmacia deberá cumplimentar lo sgte.: | Pegar con adhesivo o con cinta adhesiva transparente (no abrochar) el troquel con su código de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescriptos. | |
| | Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T. | |
| | Adjuntar a la receta Copia del Ticket Fiscal o Factura conteniendo: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de dispensación • Detalle de los medicamentos entregados • Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto. • Importes unitarios, totales y porcentaje a cargo de la entidad • Firma, aclaración de firma y número de documento de identidad (el cual deberá ser exhibido) de la persona que retira la receta. • Firma del tercero interviniente, aclaración de firma, domicilio, teléfono y número de documento de identidad, el cual deberá ser exhibido: deberá efectuarse en el comprobante de venta y en la receta. <p>Aclaración: Al momento de la dispensa, se deberá ingresar el TOKEN en la validación online. Si la respuesta de la transacción es: "TRANSACCION APROBADA NO REQUIERE FIRMA", el afiliado o tercero interviniente no deberá firmar ni completar los datos en la receta y/o ticket.</p> <p>Cualquier respuesta diferente a ésta deberán seguir completando la firma y datos en la receta y/o ticket tal como se venía haciendo, ya que la falta de los mismos seguirá siendo motivo de débito. Las únicas recetas exceptuadas de este débito son aquellas cuya respuesta en la validación on line fue: "TRANSACCION APROBADA NO REQUIERE FIRMA"</p> <ul style="list-style-type: none"> • De no contener la copia del Ticket Fiscal o Factura todos los datos precedentes, se deberá adjuntar un Presupuesto con el detalle de los mismos, además de la copia del Ticket Fiscal o Factura. • De no poder discriminar en ninguno de los tickets todos estos datos solicitados, será necesario el llenado manual del sello con la transcripción de importes al dorso de la receta, adjuntando también la copia de ticket fiscal, factura o comprobante de venta. • Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico al dorso de la receta. | |
| 6. ENMIENDAS: | | |
| Recordar: | Las correcciones y enmiendas en la prescripción de la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma. Las correcciones y enmiendas en la dispensa de la receta deberán estar salvadas por el profesional farmacéutico con su sello y firma. Si el número de credencial del asociado indicado en la receta constara ilegible, incompleto, errado o enmendado, la farmacia podrá salvarlo capturando los datos de la credencial y firmando al dorso. El asociado deberá firmar la conformidad. | |
| 7. VALIDACION ON LINE: | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Todas las recetas de la Entidad deben validarse online. Las únicas recetas que podrán dispensarse manualmente son aquellas que contengan productos que no figuren en manual | |

farmacéutico, los cuales podrán dispensarse únicamente con autorización previa de la entidad adjunta a la receta.

- La validación de la receta debe realizarse al momento de la dispensa, estando el sistema de validación habilitado las 24 horas, los 365 días del año.
- Recuerde que al validar la receta debe cargar en el sistema de validación los mismos datos que se encuentran en la receta (afiliado, productos, cantidades, matrícula del profesional prescriptor, fechas, etc.) a fin de evitar inconvenientes posteriores debido a la no coincidencia de la validación on line con la receta física.
- Recuerde que toda transacción online aprobada, donde no se hizo efectiva la dispensa de un medicamento, deberá ser cancelada por la farmacia para evitarle inconvenientes al afiliado en su próxima compra.
- Las recetas que por excepción hayan sido dispensadas en forma manual se deberán informar en la Declaración de Dispensa Manual (DDM) provista por el mismo sistema de validación. Estas recetas quedarán sujetas a auditoría posterior una vez que se presenta la receta para su liquidación.
- Recuerde que una receta se considera validada por el sistema de validación cuando, además de haber sido aprobada en línea, la misma se incluya en el cierre de presentación correspondiente. En este cierre de presentación se deberán incluir tanto las recetas validadas y aprobadas en línea como las informadas en la DDM.
- Ante cualquier inconveniente con la validación puede llamar a la Mesa de Ayuda de Imed al 0810-122-7427. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a 20 hs. Sábados de 9 a 13 hs.

8. RECETA ELECTRÓNICA:

- El afiliado puede llevar la receta impresa o presentarla en el teléfono.
- Estas recetas cuentan con un Número de Receta Electrónica o ID que las identifica. El mismo figura en un código de barras.
- Todas las recetas electrónicas deben validarse a través del sistema de validación on-line sin excepción y es indispensable cargar en el sistema el número de receta correspondiente.
- Si usted cuenta con el servicio de “Consulta de Receta Electrónica” provisto por su software podrá ingresar el número de receta y el sistema le devolverá los productos prescriptos para ese afiliado. Si no cuenta con este servicio en su software, puede hacer uso de la “Consulta de Recetas Electrónica” en la página web de Farmalink (www.farmalink.com.ar).
- Para su envío y liquidación deberá adjuntar los troqueles a la copia del ticket fiscal, comprobante de venta o CAD Imed (comprobante de Autorización de Dispensa) o fotocopia de receta electrónica. En el ticket/comprobante deberán figurar:

- ✓ N° de receta electrónica.
- ✓ N° de autorización on line
- ✓ N° de afiliado.

- ✓ Descripción de los productos dispensados (marca comercial, cantidad de unidades, porcentaje de cobertura a cargo del afiliado y de la entidad, importes unitarios y totales).

- ✓ Fecha de dispensa.

- ✓ Firma, DNI y aclaración del afiliado o tercero interviniente.

- ✓ Sello y firma del director técnico de la farmacia.

Se podrán utilizar comprobantes similares al CAD, siempre y cuando contengan todos los datos arriba mencionados (los datos de N° de receta electrónica y N° de autorización on line deberían figurar con códigos de barras).

- La presentación física de las copias de los tickets/comprobantes con sus respectivos troqueles o de la impresión de la receta electrónica deberá realizarse en los mismos lotes que las recetas manuscritas y bajo las mismas normas y cronogramas de presentación vigentes. Estas recetas Electrónicas se auditarán al igual que las demás recetas, verificando la coincidencia con los registros electrónicos. Las mismas se rigen con la norma operativa vigente.
- Ante cualquier inconveniente con la validación puede llamar a la Mesa de Ayuda de Imed al **0810-122-7427**. Horario de atención: Lunes a viernes de 8 a 20 hrs. Sábados de 9 a 13 hrs

- Rechazos por socios fuera de padrón puede llamar: Central de Autorizaciones de **GALENO**: **5382-5104 opción 1**. Horario de atención es: de lunes a viernes de 8 a 18 hrs

9. CONSULTAS Y AUTORIZACIONES:

| | |
|--------------------|--|
| Importante: | Por consultas a la presente norma operativa llamar a, Farmalink al teléfono (011) 5984-7900, de lunes a viernes de 09 a 18 hs. |
|--------------------|--|

10. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:

| | |
|--|---|
| INCLUSIONES : | EXCLUSIONES: |
| <ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirán aquellos productos que acepte el sistema de validación online (Imed) | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamentos que no fueron autorizados por el sistema de validación online (Imed) |

ANEXOS

Anexo 1: Detalle de Planes y Descuentos.

| CODIGOS DE PLANES | | | | | |
|-------------------|----|-----|-----|----|-----|
| AM | BM | OMS | OV | PQ | PUY |
| AQ | BQ | OQ | OX | PS | |
| AS | BS | OS | OW | PT | |
| AU | BU | OT | OUY | PU | |
| BM | OM | OU | PM | PV | |

Descripción del código:

| PLAN | LETRA QUE LO IDENTIFICA |
|--------|-------------------------|
| ORO | O |
| PLATA | P |
| AZUL | A |
| BLANCO | B |

| COBERTURA | LETRA QUE LA IDENTIFICA |
|-----------|-------------------------|
| 40 | M |
| 45 | P |
| 50 | Q |
| 55 | R |
| 60 | S |
| 65 | T |
| 70 | U |
| 75 | V |
| 80 | W |
| 85 | X |
| 90 | Y |
| 95 | Z |

| TERCER CARÁCTER | DESCRIPCION |
|-----------------|---|
| S | SHELL Empresa Nro. 12763 y 12051001 y socios del plan O375. |
| Y | Socios de las empresas de YPF |

Otras coberturas:

| PLAN MATERNO INFANTIL (PMI) | |
|-----------------------------|--|
| PLAN MATERNAL | Cobertura 100%. Las recetas deben validarse on line. La afiliada deberá presentar la credencial con la sigla MI, que se encuentra a continuación del código de plan, o bien presentar el certificado PMI. |
| PLAN INFANTIL | Cobertura 100%. Las recetas deben validarse on line. La medicación para el niño se podrá dispensar con la credencial de la madre y el certificado de nacimiento hasta el mes. Luego de este lapso, deberá presentar su propia credencial. |

Anexo 2: Modelo Receta Electrónica



Receta médica

- Obra social: Galeno
- Nombre completo:
- Número de Afiliado: 020167310140
- Plan: AZUL
- Diagnostico: Reservado
- Fecha de prescripción : 29/07/2019

| | |
|----------------------|------------|
| Nombre: | |
| Nombre genérico: | ibuprofeno |
| Dosis: | 100 mg |
| Forma Farmacéutica: | Jarabe |
| Cantidad: | 1 |
| Cantidad de envases: | 1 |

Gomes, Roberto
MN 5678
Medicina General

Mail: contacto@llamandoaldoctor.com

