

# NORMAS DE DISPENSACIÓN CRÓNICA DISCAPACIDAD - DIABETES

## Red de Farmacias Farmanexus Obra Social del Personal de Televisión (OSPTV)



**Vigencia de normas de dispensación:** desde el 1° de Junio de 2017 y hasta que Farmanexus informe cambios o modificaciones sobre la misma.

**Red de farmacias:** **DIABETES** Todo el país; **CRONICIDAD, DISCAPACIDAD y ANTICONCEPCIÓN** Todo el país (excepto Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y Buenos Aires)

### 1. Descuentos (valido para afiliados que tengan medicación cargada en el sistema de Farmanexus)

1.1. Crónicos	70%
1.2. Diabetes	70%/100%
1.3. Anticoncepción	100%
1.4. Discapacidad	100%

Los afiliados se acreditan para recibir la medicación con descuento del 100% mediante un trámite de empadronamiento. La medicación cargada en FARMANAGER queda sujeta a auditoría médica.

La farmacia deberá ingresar a FARMANAGER <https://app.farmanager.com.ar/> con su usuario (correo electrónico) y contraseña y dentro de la opción VALIDAR realizará la operación de validación de la medicación que indique la receta del afiliado.

Una vez que se genera la dispensación, la farmacia deberá imprimir el remito desde la página, que quedará como comprobante. Al mismo se le adjuntarán:

- Troqueles de los medicamentos con pegamento o cinta adhesiva
- Ticket de venta (pegarlo por detrás del remito de dispensación)
- Receta tipo Rp o formulario (este puede ser copia, con vigencia de 180 días) de la prescripción de medicación.
- En el remito: firma conforme del afiliado o quien retire en su nombre.

### MARCAS

La farmacia podrá seleccionar la marca comercial antes de cerrar la dispensación.

En el caso que el cambio se produzca luego del cierre por sistema, se deberán contactar con Red de Farmacias para realizar el cambio de marca comercial o presentación por las siguientes vías:

Desde el interior Tel.: 0810-266-4225

Desde Buenos Aires Tel: 011 7700-0902

Por correo a [redfarmacia@farmanexus.com.ar](mailto:redfarmacia@farmanexus.com.ar)

Ver punto 6 "Presentación de Recetas".

# NORMAS DE DISPENSACIÓN CRÓNICA DISCAPACIDAD - DIABETES

## Red de Farmacias Farmanexus Obra Social del Personal de Televisión (OSPTV)



### 2. Habilitación del beneficiario:

- 2.1. Credencial
- 2.2. Documento de Identidad (DNI, LC, LE)

### 3. Requisitos para la entrega de medicación

3.1. PLAN DIABETES	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Se exige presentación de receta cuando se trate de PLAN DIABETES de reposición de Droguería del Sud; en todos los demás casos, no es necesario que el afiliado acerque receta para el retiro de medicación, puede presentar formulario de empadronamiento crónico/discapacidad.</li> <li>● Para retirar hipoglucemiantes orales, los afiliados pueden presentar formulario de diabetes.</li> </ul>
Datos que deben figurar en la receta:	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nombre y apellido del paciente;</li> <li>● Número de afiliado tal como figura en la credencial</li> <li>● Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letras;</li> <li>● Firma y sello con número de matrícula y aclaración;</li> <li>● Fecha de prescripción</li> </ul>
3.2. Coberturas de excepción	<p><b>SE CUBRIRAN TODOS LOS MEDICAMENTOS CARGADOS Y AUTORIZADOS QUE SE VISUALICEN EN LA PAGINA DE FARMANEXUS.</b></p> <p>EXCLUSIONES GENERALES: Pastas, Polvos o Líquidos Dentífricos, Fórmulas Especiales o artículos para limpiar o fijar dentaduras postizas. Callicidas Cepillos de todo tipo. Productos de tocador y belleza. Cremas reductoras. Productos para la estética corporal. Vendas, gasas, alcohol, bolsas de goma y plástico y todo tipo de material descartable y accesorio para curaciones, pañales, sondas, etc. Herboristería, Homeopatía y Recetas Magistrales de todo tipo.</p>

### 4. Topes de cobertura

Los afiliados o las delegaciones envían las recetas/ formularios para que las mismas sean cargadas en el sistema de Farmanexus. Auditoría médica se encargará de chequear que cada medicamento prescrito corresponda a la patología de base del afiliado, al igual que las cantidades máximas a consumir por el mismo. Por lo tanto, **al momento en que la farmacia visualice el tratamiento en pantalla, la monodroga, potencia y cantidad a dispensar será la habilitada (no se podrá entregar mayor cantidad a la que se autorizó)**

La farmacia puede consensuar con el afiliado las cantidades que se llevara de acuerdo al stock, al copago si existiera o a cualquier otra situación que se presente en el mostrador.

# NORMAS DE DISPENSACIÓN CRÓNICA DISCAPACIDAD - DIABETES

## Red de Farmacias Farmanexus Obra Social del Personal de Televisión (OSPTV)



### 5. Medicamentos Faltantes:

Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico y la misma **cierra la dispensación en sistema**, debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta si el afiliado la presentara.

Se solicita además, confeccionar un "vale" o comprobante para que el afiliado sepa cuando volver a la farmacia a retirar el producto. **Por favor, indicar al beneficiario plazos de vencimiento para la entrega.**

### 6. PRESENTACIÓN DE RECETAS: Datos a completar por la farmacia en caratula totalizadora

- 1.1. Nombre de Farmacia y de usuario
- 1.2. Periodo presentado
- 1.3. Obra Social y cantidad de recetas que se presentan de la misma
- 1.4. Calculo de importes (pvp, a cargo, bonificación, neto).

Las correcciones y enmiendas sobre datos de filiación del paciente deberán ser salvadas por el farmacéutico con su sello y firma.

De existir alguna enmienda hecha por la farmacia en los importes de la receta, ésta deberá estar salvada con la firma del afiliado y consignar la aclaración del error cometido, al dorso de la receta.

Los cambios evidentes en la tinta o letra que detalla los importes a cargo de Obra Social y/o del afiliado, así como la fecha de venta y las enmiendas en el número de orden, deberán estar salvados convenientemente por el farmacéutico.

### 7. Recomendaciones Especiales:

- 1.1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente.
- 1.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
- 1.3. De acuerdo al orden de la prescripción.
- 1.4. Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
- 1.5. Adheridos con cinta adhesiva o goma de pegar (no utilizar abrochadora, debido a que dificultan la lectura del código de barras).

# NORMAS DE DISPENSACIÓN CRÓNICAS

## Red de Farmacias Farmanexus Obra Social del Personal de Televisión



### REMITO DORSO

- Colocar en el margen superior izquierdo, la receta (si el afiliado la adjunta) adherida con adhesivo vinílico (plasticola).
- Colocar el ticket de venta en el margen superior derecho, dispuesto de manera longitudinal adherido con cinta adhesiva o adhesivo vinílico, con la escritura de frente, de forma que pueda ser leído al dar vuelta la receta.

**IMPORTANTE:** La documentación presentada es digitalizada y almacenada para responder futuros reclamos. Por tal motivo, solicitamos:

- **NO UTILIZAR GANCHOS METÁLICOS** en la adhesión de los troqueles, comprobantes de validación y ticket de venta. Adherir los mismos con adhesivo vinílico
- **NO SOLAPAR el ticket** sobre los troqueles ni la prescripción, colocarlo al dorso.
- **NO SOLAPAR el código de validación** sobre troqueles, ticket o prescripción.

## 8. Remisión de Recetas

8.1 A considerar para la presentación

**Farmacias Colegiadas o nucleadas por entidad:** Las recetas deberán ser remitidas **A LA ENTIDAD CORRESPONDIENTES SEGÚN FECHAS ESTABLECIDAS POR LA MISMA. LAS RECETAS SERAN PRESENTADAS A FARMANEXUS DEL 1 AL 10 DE CADA MES.**

**Contratación Directa:** deberán ser remitidas a Farmanexus del 1 al 10 de cada mes a Tte. J. D. Perón 1479 piso 3 of. 7, CABA. CP1037.

La falta de remisión de las recetas completas según las indicaciones descriptas precedentemente en estas normas, serán causa suficiente para que Farmanexus produzca el ajuste o DEBITO\* correspondiente.





# NORMAS DE DISPENSACIÓN CRÓNICAS

## Red de Farmacias Farmanexus Obra Social del Personal de Televisión



**RECETA PATOLOGÍAS CRÓNICAS**  
SÓLO VÁLIDA PARA REPETICIÓN DE TRATAMIENTOS EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVIAMENTE REGISTRADAS

FARMANEXUS

El presente formulario está diseñado para que el médico le entregue a su paciente con patologías crónicas previamente registradas en el sistema Farmanexus una receta médica para la dispensación de medicamentos. El profesional debe completar una única receta médica y adjuntar su correspondiente formulario de autorización de dispensación de medicamentos. Debe completarse la única receta para la dispensación de medicamentos en el momento de la atención médica y adjuntarla a la receta médica que el paciente debe completar. Para más información consulte el programa **¿Cómo usar la receta?** en el sitio web de Farmanexus. Para más información consulte el programa **¿Cómo usar la receta?** en el sitio web de Farmanexus. Para más información consulte el programa **¿Cómo usar la receta?** en el sitio web de Farmanexus.

**OBRA SOCIAL** (CÓDIGO)  N° S.S.S.

**DATOS DEL AFILIADO**

APELLIDO  NOMBRE  SEXO

DOC. ID.  DNI  FECHA DE NACIMIENTO

AFILIACIÓN  TELÉFONO

CALLE  Nº  PISO  DPTO.  LOCALIDAD

LOCALIDAD  PROV.  GOBIERNO AUTÓNOMO

**DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE** (EN SU CASO COMPLETAR POR EL MÉDICO)

APELLIDO  NOMBRE

MATRÍCULA  ESPECIALIDAD

**DIAGNÓSTICO PRINCIPAL / ADECUACIONES**

**RESUMEN DE DISPENSACIÓN**


MONODOSIS	POTENCIA	PRESENTACIÓN	DOSEAJE	CAJAS MENSAJES

\* Es requisito indispensable adjuntar copia del certificado de discapacidad a los fines de una correcta calificación.

**NOTA**  
Precaución: "Esta receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, según la forma farmacéutica y presentación, más detalle del grado de concentración". (Ley 15643, art. 1º párrafo 1º).

FECHA  FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO

• Los médicos pueden enviar Farmanexus sus datos de contacto a [registro@farmanexus.com.ar](mailto:registro@farmanexus.com.ar) o por WhatsApp al [+5493423533400](tel:+5493423533400)  
 • Para cualquier consulta contactarse al [atencion@farmanexus.com.ar](mailto:atencion@farmanexus.com.ar) o al número de teléfono [+5493423533400](tel:+5493423533400)  
 • **Fecha profesional:** Para fines de dispensación consulte página web [www.farmanexus.com.ar](http://www.farmanexus.com.ar) donde podrá encontrar la producción en uso, e información adicional a los fines de complementar las recetas de uso que avisten los programas de los que forman parte a la prescripción.

  
 UNA EMPRESA DE GRUPO PROYECTO de Inversión Social de la UBA  
 GO.FO.FO de VERE LA VIGENTE de Inversión

# NORMAS DE DISPENSACIÓN CRÓNICAS


## Red de Farmacias Farmanexus Obra Social del Personal de Televisión



Nuevos formularios de solicitud de medicación desde 1° de Agosto 2024

RECETA (vigencia de 180 días desde la fecha de prescripción)

**RECETA DIABETES**



OBRA SOCIAL DE TELEVISION

OBRA SOCIAL (SIGLAS)  N° RNOS

N° AFILIADO  D.N.I.

APELLIDO  NOMBRE

TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES
HIPOGLUCEMIANTE					
HIPOGLUCEMIANTE					
HIPOGLUCEMIANTE					
INSULINA					
INSULINA					
INSULINA					
LANCETAS					
TIRAS REACTIVAS					
AGUJAS					
SENSORES					
OTROS					

\_\_\_\_\_

FECHA

\_\_\_\_\_

FIRMA Y SELLO DEL  
PROFESIONAL MÉDICO



# NORMAS DE DISPENSACIÓN CRÓNICAS

## Red de Farmacias Farmanexus Obra Social del Personal de Televisión



**EMPADRONAMIENTO** (vigencia de 180 días desde la fecha de prescripción)

**EMPADRONAMIENTO DIABETES**

**TV SALUD**

OBRA SOCIAL DE TELEVISION

**OBRA SOCIAL (SIGLAS)** OSPTV      **N° ENDE**      **LEON**

**DATOS DEL AFILIADO**

CUJICUL: \_\_\_\_\_

APellido: \_\_\_\_\_      Nombre: \_\_\_\_\_      Sexo: \_\_\_\_\_

Doc Tipo: \_\_\_\_\_      Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_      N° Afiliado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_      Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_      P.O. \_\_\_\_\_      Qto. \_\_\_\_\_      C.P. \_\_\_\_\_      Barrio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_      Provi. \_\_\_\_\_      P. Sigla: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE** (FIRMAR SIN COMPLETAR POR EL MÉDICO)

Apellido: \_\_\_\_\_      Nombre: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_      Especialidad: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO**

Tipo 1:       Tipo 2:       Otros Tipos:       Fecha de Registro: \_\_\_\_\_      Fecha de Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**COMORBILIDADES**

Dislipemia:       Obesidad:       Tabaquismo:       Hipertensión Arterial:

**COMPLICACIONES**

hipertrofia ventricular	SI	NO	RETINOPATÍA	SI	NO	AMPUTACIÓN DE MIEMBROS	SI	NO
infarto agudo de miocardio	SI	NO	CEGUERA	SI	NO	NEFROPATÍA	SI	NO
insuf. cardíaca	SI	NO	NEUROPATÍA PERIFÉRICA	SI	NO	DIÁLISIS	SI	NO
acc. cerebrovascular	SI	NO	VALCULOPATÍA PERIFÉRICA	SI	NO	TRANS. RENAL	SI	NO

VALORES	VALOR	FECHA	VALOR	FECHA	VALOR	FECHA
GLUCOSA EN AYUNO			TA SISTÓLICA		INSUFICIÓN DE RES.	
HbA1c			TA DIASTÓLICA		PERO	
LDL			CREATININA		TALLA	
TRIGLICÉRIDOS			FONDO DE OJO			

**TRATAMIENTO**

TREATAMIENTO HIPOGLUCEMIZANTE (SULFONILAS U OTROS)	SI	NO	AUTOMONITOREO GLUCÉMICO	SI	NO
TREATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO	SI	NO	ACTIVIDAD FÍSICA	SI	NO
ANTIAGREGACIÓN (ÁCIDO SALICÍLICO U OTROS)	SI	NO	ROMBA DE INSULINA	SI	NO

TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSES DIARIAS	CALAS MENSUALES
HIPOGLUCEMIZANTE	GLIBENCLAMIDA <input type="checkbox"/>		3mg <input type="checkbox"/>	mg	
HIPOGLUCEMIZANTE	MITFORMINA <input type="checkbox"/>		500 <input type="checkbox"/> 750 <input type="checkbox"/> 850 <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/>	mg	
HIPOGLUCEMIZANTE	SULMIPRIDE <input type="checkbox"/>		2 mg <input type="checkbox"/> 4 mg <input type="checkbox"/>	mg	
HIPOGLUCEMIZANTE	SULPESIDA <input type="checkbox"/>		4 mg <input type="checkbox"/>	mg	
HIPOGLUCEMIZANTE	OTROS <input type="checkbox"/>				
TRASLACTASAS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		400
INSULINA BASEL					U.I.
INSULINA DE CORRECCIÓN					U.I.
OTRAS DROGAS					U.I.

FIRMA DEL BENEFICIARIO/A

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO