

6200 JERARQUICOS SALUD

PERS.JERARQUICO BANCOS OFIC NACIONALES

Fecha de vigencia: 09/10/26

NRO.: 39

DATOS GENERALES

- **AUTORIZACION ON LINE y CIERRE: por OBSERVER**

- .Todos los planes.

- .Se deberá cargar el número que figura en la credencial a partir del primer dígito distinto de cero.

- .Ej: Credencial: 30334 03

Cargar: 3033403

- . Credencial: 00313 01

Cargar: 31301

TICKET DE VENTA

- **TICKET DE VENTA**

- .Se debe adjuntar copia del ticket fiscal de venta o minireceta a c/receta.

- .De no tener copia del ticket, transcribir en la parte superior derecha de

- .la receta el N° de ticket fiscal.

RECETARIO

- **TIPO**

- .Receta Electrónica o Manual (Oficial o particular).

- .Para descargar la receta electrónica, será necesario ingresar el N° de afiliado y el DNI. En caso de no poder obtener la receta a través del sistema, deberá presentarse la receta física con firma y sello del profesional de puño y letra.

- .Cremas Dermatológicas: Recetario obligatorio para Cremas (voucher).

- .Autorizaciones Especiales: Formulario de Autorización especial + receta.

- .En todos los casos se aceptarán únicamente las Recetas por original, con

- .firma ológrafa del profesional. Es importante aclarar que está permitido

- .que las prescripciones médicas incluyan contenido escrito en formato

- .digital, pero en todos los casos la firma deberá ser ológrafa -realizada

- .de .puño y letra por el profesional firmante- y además estar acompañada del

- .sello correspondiente.

- **VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION**

- .30 días.

- .Plan de Autorizaciones Especiales: 30 días desde la fecha de

- prescripción. **.NO** se cuentan los 30 días a partir de la fecha de

- autorización.

BENEFICIARIO

- **DATOS DEL AFILIADO**

- .Todos los de la credencial.

- **ACREDITACION**

- .Credencial física o Virtual

- .Carnet de Cobertura Madre.

- .Carnet de Cobertura Niño menor a 1 año.

- .Certificado Provisorio de Afiliación

- .Documento de Identidad.

6200 JERARQUICOS SALUD

PERS.JERARQUICO BANCOS OFIC NACIONALES

Fecha de vigencia: 09/10/26

NRO.: 39

COBERTURAS

- **PLANES DE ATENCION**

- .01 PLAN GENERAL
- .11 AUTORIZACIONES ESPECIALES

Cobertura según online
S/Aut. Previa O.Soc.

NORMAS DE PRESTACION

- **CANTIDADES RECONOCIDAS**

- .Hasta 3 productos distintos por receta.
- .Hasta 2 envases de un mismo producto en un solo renglón de cualquier tamaño
- .Hasta 3 envases en total por receta.
- .Hasta 5 antibióticos inyec. monodosis (m s de 2 se consideran tamaño grande)
- .Hasta 2 antibióticos inyec. multidosis (se considera tamaño grande)
- .Autorizaciones Especiales: según lo autorizado.

- **TROQUELADO**

- .Si requiere troquel con código de barra.

- **VADEMECUM**

- .Ambulatorio
- .Plan Materno
- .Plan Infantil

- **PROHIBICIONES**

- .Listado de exclusiones

- **RECONOCIMIENTOS**

- .Ley Provincial de reemplazo por Genérico.

- **DIAGNOSTICO**

- .Si requiere.

OBSERVACIONES

- **MODALIDAD DE FACTURACION**

. **PLAN GENERAL:** se deberá realizar la autorización on line antes de facturar, ya que el sistema online devolverá la cobertura correspondiente según condición del afiliado.

.En el caso de cremas dermatológicas el afiliado deberá presentar el voucher otorgado por Jerárquicos Salud, el mismo contará con firma y sello del profesional y un **tilde en el producto que requiera el afiliado.**

.**Validar en el Plan General.**

.**AUTORIZACIONES ESPECIALES:** con descuentos del 70% y 100%: Estas recetas, para recibir la cobertura de la Obra Social se deberán presentar del siguiente modo: receta original y fax de la Obras Social con logo Jerárquico Salud y detalle de lo autorizado. Verificar que la fecha de prescripción de la receta coincida con la fecha de prescripción que se encuentra en la autorización.

.**IMPORTANTE:** Para realizar la validación online de estas recetas, deberá

6200 JERARQUICOS SALUD

PERS.JERARQUICO BANCOS OFIC NACIONALES

Fecha de vigencia: 09/10/26

NRO.: 39

ingresar en el número de recetario, el Número de Expediente de Autorización de Medicamentos.

- **RECORDATORIO**

.En las recetas debe constar: nombre y apellido del afiliado, n° de afiliado, fecha de prescripción, firma y sello con n° de matrícula del profesional. Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra.

.Sello de la farmacia y firma del farmacéutico.

.En caso de que el número de afiliado esté incompleto, el Farmacéutico/a puede aclarar este concepto escribiendo el dato correcto con puño y letra, .firmado y sellado. Es muy importante que cuente también con la firma del afiliado de Jerárquicos Salud avalando la corrección.

.De no contar la corrección con ambas firmas será motivo de débito adjuntar ticket on line completo con los datos del afiliado, firma del afiliado y/o tercero que retira la medicación.

.LEY DEL GENERICO: Los medicamentos deben estar prescriptos por genérico.

.Los siguientes medicamentos se encuentran condicionados a auditoria y autorización previa por nombre comercial:

.ENBREL 25mg f.a.x 4

.HUMIRA jga.prell.x2 x 0,8 ml

.REMICADE 100 mg IV liof.f.a.x 1

.CUPRIMINE caps.x 100

.CUPRIPEN 250 mg caps.x 30

.Las Leches Maternizadas y Medicamentosas solamente tendrán cobertura en los casos en que el socio presente receta y autorización emitida por auditoria .de Jerárquicos Salud.

.Para la Refacturación de recetas devueltas, deberá adjuntarse carátula con el motivo por el cual se generó dicho débito.

.ENMIENDAS: Toda tachadura, enmienda o raspadura deberá ser salvada por el profesional emisor, indicando al dorso de la receta el dato correcto,

.refrendando el mismo con firma y sello.