

Anexo II		1 / 5
1. ÁMBITO DE APLICACIÓN		Última revisión: JUNIO/24
Válido para todo el Territorio Nacional.		
2. DESCUENTOS : No tiene validación on line		
Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al publico sugerido por el laboratorio productor vigente al día del expendio, que figuran en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos.		
Plan	A cargo del Beneficiario	A cargo de Roten Stein S.R.L.
PMO	60%	40%
3. REQUISITOS DE LA RECETA (VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES):		
Tipo de Recetario	Convencional con membrete impreso del médico o del centro de atención, o del Hospital en su caso. En caso de autorización por fax, adjuntar el original en la facturación. No se aceptan fotocopias de recetas. Se aceptarán los recetarios de sistemas de atención en emergencias. No se aceptaran recetarios con publicidades o sin membrete.	
Datos introducidos en la receta (Los datos escritos por el profesional deberán presentar uniformidad de tinta tanto en la prescripción como en la firma)	Denominación de la entidad Nombre, Apellido del asociado y número de socio. Firma y sello aclaratorio del profesional. El sello es obligatorio siempre. Detalle de los medicamentos por MONODROGA. Cantidades de los medicamentos en números y letras. Diagnostico. Leyenda Tratamiento prolongado: según legislación vigente.	
Validez para la venta	30 (treinta) días a partir de la fecha indicada en la receta.	
Validez para la presentación	60 (sesenta) días corridos, a partir de la fecha de la venta incluida.	
Validez para la refacturación	60 (sesenta) días corridos a partir de haber recibido la liquidación.	
Cantidad máxima de medicamentos y de envases por receta.	Tratamiento Normal: Se podrán dispensar HASTA DOS productos distintos por receta y UN solo envase por renglón (Un env. Grande y un env. chico, o dos env. chicos). Tratamiento Prolongado: Solo con autorización de Roten Stein S.R.L.. Se podrá dispensar hasta 1 (un) envase por renglón, debiendo estar indicado el contenido del envase. De omitirse el contenido, sólo se proveerá el envase de menor contenido.	
Marcas o Laboratorios	Cualquiera que responda al nombre genérico, forma farmacéutica, concentración y cantidad.	
Contenidos máximos de cada medicamento según su tamaño.	Tamaño especificado: el indicado en la receta. Tamaño NO especificado: Dispensar el medicamento en su menor presentación. Equivoca cantidad o contenido: Dispensar el medicamento en su presentación inmediata inferior	
Antibióticos inyectables	Monodosis: hasta 5 (cinco) ampollas individuales por receta. Múltidosis: hasta 1 (uno) envase por receta.	
Psicofármacos	Lista II (receta oficial)	Receta de Salud Publica. 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.
Importe total por receta	No se podrá expender en una sola venta, ya sea en una o varias recetas, un monto total superior a \$ 160,00 (pesos cientosesenta) excepto autorización previa de Roten Stein S.R.L.. Para dicha autorización comunicarse al Tel/Fax de Roten Stein SRL y adjuntar la autorización a la receta original.	
4. PLAN MATERNO INFANTIL (Con Autorización)		
Habilitación del beneficiario	Madre e hijo / a: Tarjeta de Autorización Plan Materno Infantil de Roten Stein SRL.	
Recetario	Igual en todos los planes.	
Productos cubiertos	Se cubrirán todos aquellos productos relacionados con el embarazo y de uso pediátrico, según normativa nacional vigente y con autorización de Roten Stein S.R.L..	

Anexo II		2 / 5
5. REQUISITOS DEL AFILIADO		
Deberá presentar en forma obligatoria	Credencial del asociado en vigencia con el recibo sueldo último o sticker de vigencia correspondiente al periodo. Receta correspondiente.	
6. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO		
La farmacia deberá cumplir obligatoriamente con:	Pegar 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. No abrochar. Fecha de dispensación. Importes unitarios y totales y porcentaje a cargo de Roten Stein S.R.L.. Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto. Firma del Beneficiario o tercero interviniente, aclaración de la firma, número de D.N.I., domicilio y teléfono. Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico.	
7. ENMIENDAS		
Las correcciones y enmiendas a la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma.		
8. AUTORIZACIONES		
Antes de rechazar cualquier receta, llamar a Roten Stein SRL .		
9. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD		
Inclusiones	Se cubrirán todos los productos de venta bajo receta incluidos en el PMO.- Dermatología: sólo medicamentos de venta bajo receta, prescriptos por dermatólogo y Autorizados por Roten Stein S.R.L..	
Exclusiones Generales	Productos NO reconocidos en todas sus formas por Roten Stein S.R.L.: Productos de Venta Libre. Productos sin troquel. Productos de perfumería, cosmética y dermatocosmética. Productos de uso exclusivo en internación y/o envases de tamaño hospitalario. Accesorios: material de curaciones, material descartable, material de cirugía y accesorios varios. Anticonceptivos (excepto previa autorización). Productos que regulan la natalidad: anovulación para uso anticonceptivo, anticonceptivos de uso local. (excepto previa autorización). Inductores de la ovulación y/o productos para tratar la esterilidad. Vacunas (excepto previa autorización). Anestésicos generales. Fórmulas magistrales, flores de Bach y herboristería. Productos Homeopáticos. Productos para el tratamiento del tabaquismo. Activador metabólico celular. Activador metabólico cerebral. Activador metabólico muscular. Activador muscular. Antivirales contra H.I.V. Citostáticos y oncológicos (excepto previa autorización). Productos para quimioterapia antineoplásica (excepto previa autorización). Citotóxico. Inmunomoduladores. Productos para el crecimiento de FANERAS. Selectan. Finasteride.	

**Exclusiones Generales
(Continuación)**

Minoxidil.
 Primolut.
 Sildenafil.
 Vasorregulador antioxidante.
 Agentes inmunosupresores.
 Derivados de la sangre y derivados plasmáticos. (excepto previa autorización)
 Drogas utilizadas en el tratamiento del S.I.D.A. (excepto previa autorización)
 Heparinas de bajo peso molecular (excepto previa autorización).
 Hormona de crecimiento (excepto previa autorización).
 Interferones (excepto previa autorización).
 Productos con piridostigmina (excepto previa autorización).
 Sueros no estériles.
 Anhidróticos.
 Antiandrógenos.
 Anorexígenos.
 Anorexígeno lipolítico.
 Agonistas LH RH.
 Anticardiotóxicos.
 Antisépticos con Iodopovidona.
 Adelgazantes.
 Agente despertador no anfetamínico.
 Alimento funcional.
 Alimentos dietéticos / Suplementos dietarios.
 Antiasténico.
 Antifatigante.
 Bioenergizante.
 Bioestimulante.
 Edulcorante.
 Energizante masculino / femenino.
 Energizante psico-físico.
 Freno a las calorías.
 Leches simples y compuestas.
 Productos para nutrición (enteral y parental)(excepto previa autorización).
 Reductor de grasas.
 Reductor.
 Sales dietéticas.
 Saliva artificial.
 Sibutramina.
 Suplemento nutricional.
 Tonificante muscular.
 Tratamiento de la disfunción sexual masculina.
 Tratamiento de la obesidad.
 Antialopécicos.
 Anticaspa y/o antiseborreico.
 Antisépticos de superficie.
 Cepillos de todo tipo.
 Desodorantes.
 Jabones medicinales.
 Jabones, champúes y lociones capilares de todo tipo.
 Elementos fijadores y de limpieza de prótesis dentales, pastas, polvos e hilo dental.
 Pastas dentales.
 Aminoterapia.
 Antiacnéicos.

Exclusiones Generales (Continuación)	Antiactínico. Antiarrugas. Anticelulítico. Antimicóticos en laca. Antioxidante fotoprotector. Antioxidante protector dérmico. Biorregulador cutáneo. Botox. Bronceador. Callicidas. Corrector signos de envejecimiento. Cremas reductoras. Productos para la estética corporal. Dermatoaclarantes. Dermatológicos que contengan ácido retinoico. Filtro solar. Hidratante protector solar. Hidratantes. Higiene de la piel. Higiene de párpados. Higiene facial. Higiene vaginal. Humectante facial con protección solar. Humectante astringente. Humectante de párpados. Humectante. Mejorador calidad de la piel. Micronutrientes oligoelementos. Nutriente dérmico. Pantalla solar. Protector de la mucosa. Protector dérmico. Protector labial. Protector rayos U.V. Protector solar. Reactivos. Reconstituyente dérmico. Refrescante de la piel. Roaccutan (Isotretinoína). Sistema de hidratación facial. Urea, urea + asociados o urea y alfa-hidroácidos. Babysan. Dermaglós (excepto previa autorización). Leches maternizadas. Mamaderas, pañales, sondas, etc. Masivol (excepto previa autorización). Suplemento nutricional para el cuidado de la piel. Termodetector de celulitis. Crema íntima masculina. Humectantes vaginales. Lubricante suavizante. Lubricante vaginal. Lubricante.
---	--

Exclusiones Generales (Continuación)	Todos los productos que contengan las siguientes drogas: Cerezyme (excepto previa autorización). Copolímero - 1 (excepto previa autorización). Drogas Oncohematológicas (excepto previa autorización). Eritropoyetina (excepto previa autorización). Etanercept (excepto previa autorización). Factores de coagulación (factor VIII, IX, etc.)(excepto previa autorización). Gonadotrofinas. Lupron (excepto previa autorización). Octeotride (excepto previa autorización). Orlistat. Riluzol (excepto previa autorización). Setrones (excepto previa autorización). Tamoxifeno (excepto previa autorización). Teicoplanina (excepto previa autorización). Tobramicina aerosolizada (excepto previa autorización).
10. PATOLOGÍAS CRÓNICAS	
Los medicamentos recetados para el tratamiento de patologías crónicas deberán contar con la previa autorización de Roten Stein S.R.L. sin excepción.	
11. PSICOFÁRMACOS	
Según normativa nacional. Se deberá contar con la previa autorización de Roten Stein S.R.L..	
12. MEDICAMENTOS FALTANTES	
Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia deberá obtenerlos dentro de un plazo de 24 horas de haber sido requeridos por el asociado, el cual debe reconocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. La farmacia, en este caso no debe retener la receta.	
13. AUTORIZACIONES ESPECIALES	
Sólo podrán expenderse recetas que NO cumplan con los requisitos indicados en este escrito, o posean prescriptos medicamentos excluidos, si y solo si se encuentran autorizadas previamente por Roten Stein S.R.L..	