

## Instructivo para Farmacias

### Normas de Trabajo

1. La farmacia proveerá los medicamentos de acuerdo al **Vademécum PRESERFAR** disponible en [www.prevencionart.com.ar/prestadores](http://www.prevencionart.com.ar/prestadores) y todo Accesorio que no figure en el mismo (jeringas, gases, vendas, etc.) a los accidentados de las empresas afiliadas a PREVENCIÓN ART. S.A. que lo soliciten mediante prescripción extendida únicamente por profesionales médicos y odontólogos acompañados con copia de denuncia de accidente, con cargo total a PREVENCIÓN A.R.T. S.A..

2. **La prescripción o receta** deberá contener los requisitos de forma habituales:

- Fecha de emisión
- Nombre y apellido y DNI o CUIL del Accidentado
- Nombre y CUIT de la Empresa
- Detalle de Medicamentos descriptos y Accesorios
- Cantidad de medicamentos (en números y letras)
- Firma y sello del profesional que prescribió

(Algunos datos solicitados son necesarios para la comprobación de la relación beneficiario con la empresa y evitar futuros debitos).

3. **Enmiendas:**

- Las correcciones y enmiendas a las recetas deberán estar salvadas por el profesional medico con su sello y firma.
- Las correcciones y enmiendas sobre datos del beneficiario podrán ser salvadas por el farmacéutico con su sello y firma y conformidad prestada por el beneficiario y/o tercero.

4. **Datos a cumplimentar por la Farmacia:**

- Troqueles de medicamentos adheridos a la prescripción médica.
- Firma, aclaración y DNI de la persona que retira la medicación
- Fecha de dispensación
- Importes unitarios y totales
- Cantidades Entregadas de cada medicamento descripto
- Sello y firma del farmacéutico.
- Adjuntar copia de la denuncia de accidente por cada siniestro, o la autorización correspondiente.
- Solicitamos presentar las recetas debidamente Foliadas.

5. **Valores:**

Se reconocerán los precios de venta al público que figuren en las listas de precios dictados por autoridad competente a la fecha de la prestación menos los eventuales porcentajes de bonificación pactados con la farmacia.

6. **Esquema de Facturación:**

a) **FACTURACION:**

- ✓ Deberá emitirse un Ticket o una Factura "B" (Responsables Inscriptos) o "C" (Exentos o Monotributistas) a nombre de **Prevención A.R.T. S.A.**, CUIT 30-68436191-7 (exenta ante el IVA, inscrita en el impuesto a las ganancias e Ingresos Brutos (Convenio multilateral – Sede Sta. Fe).
- ✓ Preferentemente, se requiere una única factura por todos los accidentados atendidos durante un período de tiempo (mensual), es decir no es necesario enviar una factura por cada accidentado. El concepto de las facturas debe ser "Prestaciones de Ley 24557 – Asegurados de Prevencion ART SA".

- ✓ No se admitirá para el pago la presentación de fotocopias o duplicados de la factura original o Tickets No Fiscales.
- ✓ **Siempre** se deberá adjuntar una **Carátula Resumen del envío consignando:** CUIT de la Farmacia, Denominación, Dirección, Código Postal, Provincia, Periodo Facturado, Total de Recetas, Total Facturado, firma y sello de la farmacia. (se adjunta modelo tipo).
- ✓ Si se trata de una **Refacturación**, tildar en la Carátula el casillero correspondiente a Refacturación y enviar en forma separada del envío normal.
- ✓ Las recetas agrupadas en cada **Carátula** deben pertenecer al mismo mes calendario. En caso de tener facturación pendiente de otro mes, realizarle una Carátula aparte.
- ✓ Dichas facturaciones originadas por accidentes de trabajo, deberán remitirse a PREVENCIÓN A.R.T. S.A. – “Sector Logística”, Av. Independencia 301 – (2322) Sunchales – Santa Fe.

b) AUDITORÍA DE FACTURACIÓN:

Esta tarea será realizada directamente por PREVENCIÓN A.R.T. S.A., “Sector Facturación”, quien se reserva el derecho de solicitar informes y/o cualquier documentación ampliatoria que considere necesaria.

c) MOTIVOS DE DEBITO

Cod.	Título	Descripción	Definición de Prevención de permitir refacturar
1	Falta fecha de emisión	Cuando no figura la fecha de emisión o la misma es posterior a la de dispensación.	SI
2	Enmiendas no salvadas.	Cuando existieron enmiendas importantes y evidentes, no salvadas por el médico, por la farmacia, o por el afiliado, según corresponda.	SI
3	Troquel no coincide con la prescripción.	Se emplea cuando lo prescripto no coincide farmacológicamente con lo expendido. El profesional médico prescriptor deberá convalidar el cambio, de modo de que coincida lo vendido con lo prescripto, con su sello, firma y aclaración diciendo VALE.	SI
4	Falta firma del afiliado.	O de quien retira en su nombre.	SI
5	Faltan datos de terceros.	Cuando no figuren el N° de documento o el domicilio de quien retira la prescripción.	SI
6	Agregado no salvado por el profesional.	Se verificó que el agregado de medicamentos en la prescripción de medicamentos fue evidente y se constató que el error no se encontraba salvado por el profesional en ningún lugar de la receta.	SI
7	Distinta letra y/o tinta del profesional.	Se corroboró fehacientemente que existían cambios en el tipo de letra o en la tinta entre los datos de prescripción, fecha, nombre y número de afiliación del paciente, firma, matrícula y nombre del médico, descartándose previamente aquellos casos no evidentes. Se constató que el error no se encontraba salvado por el facultativo en ningún lugar de la receta.	SI
8	Falta firma del medico.	No se la encuentra en ningún lugar de la receta.	SI
9	Falta sello del médico.	Se verificó previamente que éste no existía en ninguna cara de la receta.	SI
10	Falta rótulo del medicamento.	Se aplicará cuando falta algún troquel de los medicamentos expendidos en la receta	SI


11	<b>Cantidad entregada mayor a la recetada.</b>	Se aplica cuando se vende un medicamento en mayor cantidad a la prescripta por el médico.	SI
12	<b>No envían comprobante de pago fiscal</b>	Se aplicara cuando el prestador envíe un Ticket o Factura No Fiscal	SI
13	<b>Comprobante de pago Tipo A</b>	Se aplicara cuando el prestador envíe un comprobante de pago Tipo A. Prevencion ART solo reconoce comprobantes de Tipo B o C	SI
14	<b>Comprobantes de Pago a Nombre del Accidentado, Empresa u otra institución</b>	Se aplicara cuando el comprobante de pago NO este dirigido a Prevencion ART y el N° de CUIT no sea el de Prevencion	SI
15	<b>El Empleador no se encuentre adherido a Prevencion ART</b>	Se aplicara cuando el empleador no está adherido a Prevención ART	NO
16	<b>No exista siniestro abierto en Prevencion</b>	Se aplicara cuando el empleador está adherido a Prevención ART pero no hay un siniestro abierto y además no se adjunta la denuncia para poder abrir el siniestro o la autorización emitida por esta Aseguradora que habilita a otorgar la prestación	SI
17	<b>Importe del Medicamento sea mayor que el precio del Mercado</b>	se aplicara cuando el importe facturado del medicamento sea mayor al importe de AlfaBeta	NO
18	<b>Error en el Calculo del Comprobante</b>	se aplicara cuando se registre un error de suma en los comprobantes	NO
19	<b>Bonificación</b>	Se realiza en forma automática cuando el prestador tiene una Bonificación pactada con Prevencion ART.	NO

d) PLAZO DE PAGO:

La facturación será abonada dentro de los 30 (treinta) días contados desde la recepción de la misma en el sector Auditoría de Facturación en Prevencion ART.

CONSULTAS

Ante la necesidad de consultas sobre facturación y/o pagos, se deberá contactar al teléfono 03493 – 428600, "Auditoría de Facturación" (de 8 a 15:30) o Consultas generales al: 0810- 5555- ART (278) (de 8 a 18 hs).

		Carátula N°:(*) <input type="text"/>
N° de prestador (*)		Nombre de la Farmacia / Colegio
CUIT:		
Dirección:		
Localidad:		
C.P.:	Provincia:	
Período de Facturación:		
Total de recetas	Importe Total Facturado	Refacturación?
	\$	
..... Sello y firma Farmacéutico/a		
(*) A completar por Prevención ART		