

Viedma, 31 AGO 2022

DE: SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA
DRA. SILVIA OCAMPOS
A: FEDERACIÓN MÉDICA DE RÍO NEGRO
COLEGIO MÉDICO BARILOCHE
COLEGIO MÉDICO ZONA ATLÁNTICA

Ref.: Receta Electrónica
DBT y Epilepsia

Por la presente informo a Ustedes que a partir del 1 de Septiembre del corriente, se comenzará con la transición a receta electrónica en los planes de Epilepsia y Diabetes con cobertura del 100%.

Dicha implementación se efectuara en forma progresiva, teniendo un período de dos (2) meses de convivencia entre los dos (2) formatos: papel y electrónico.

La fecha excluyente para el uso de receta electrónica sera a partir del 1 de Noviembre 2022, considerando este período como suficiente para que la migración sea gradual y exitosa.

Cabe aclarar que los topes seguirán siendo los mismos, no siendo necesario que el afiliado descargue la aplicación en su celular.

Solicitamos a los prescriptores, profesionales médicos, quienes aun no se hayan empadronado en el Sistema de Validación Electrónica -herramienta VEM-, lo hagan a la brevedad en: soporteprestador@ipross.rionegro.gov.ar

Sin ordo particular, saludo a Ustedes muy atentamente.-

NOTA Nº 1211 /2022-S.G.T.-



Dra. Silvia Cristina Ocampos
SECRETARIA GENERAL TECNICA
I.Pro.S.S.

Viedma 08 Agosto de 2022

De: Dirección de Farmacia
A: Colegio de Farmacéuticos R.N

REF: Plan Refacturación

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a los fines de comunicar que no habrá restricciones en el validador Xeilon en cuanto a fechas para incluir refacturaciones. El control de los 90 días seguirá vigente y será auditado manualmente. Para ello se escribirá en la receta la fecha en la que se realizó el débito, a partir de la cual correrán los 90 días estipulados en el convenio para realizar las refacturaciones.

Cabe aclarar que debe respetarse el monto original facturado siendo este un requisito excluyente, así mismo la receta y el ticket deben ser los originales. El ticket de refacturación debe incluir la fecha de prescripción y dispensa de la primera validación.

Sin más, saludo atentamente.



Farm. NAVARRO Mauro
Director de Farmacia
e Insumos Médicos
I.Pre.S.S.

Título: El IPROSS cubre al 100% las vacunas antigripales a los afiliados comprendidos en los grupos de riesgo

El IPROSS reconoce el 100% las vacunas antigripales, a los afiliados empadronados en los grupos de riesgo, tales como diabetes, epilepsia. Se incluyen como grupos de riesgo a embarazadas y puérperas hasta el egreso de la maternidad, niños de 6 a 24 meses de edad, afiliados entre los 2 y hasta 64 años con patologías de grupo de riesgo; y mayores de 65 años.

Para realizar el trámite, los afiliados deberán concurrir a las farmacias adheridas presentando la prescripción médica, DNI, carnet de afiliación y un certificado que constate que se encuentre dentro de alguno de los grupos de riesgo.

Mientras que los afiliados que se encuentren empadronados en los planes crónicos, VIH y oncológicos, deberán autorizar previamente en la delegación de su zona.

El resto de los afiliados que deseen acceder a la vacuna antigripal, cuentan con la cobertura del plan ambulatorio.

El IPROSS dispone, según Resolución 189/17 de Junta de Administración, el acceso a la vacuna antigripal y antineumocócica, de acuerdo a lo establecido por el Ministerio de Salud de Nación, correspondientes a las Cepas determinadas del año 2022 y las marcas comerciales autorizadas por la ANMAT.

La vacuna antigripal permite reducir las complicaciones, hospitalizaciones, secuelas y muertes ocasionadas por la infección por el virus influenza en la población de riesgo en Argentina.

Para más información se pueden comunicar a través de las líneas rotativas del 0800-333-4776 de 8 a 20 y a través de mensajes de whatsapp a los números (2920) 15475511 y (2920) 15414383, de 8 a 2.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping loop followed by a vertical stroke and a horizontal stroke.

Bioq. Alejandro Marengo

Presidente del IPROSS

PROGRAMA PREVENCIÓN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

REQUISITOS PARA ACTIVACIÓN DEL PROGRAMA DE COBERTURA DE ANTICONCEPTIVOS

Ser afiliado/da activo de IPROSS

Encontrarse en el rango etario de cobertura del plan: 14 a 50 años

ACCESO A COBERTURA

Los afiliados activos dentro del grupo etario definido serán dados de alta automáticamente en el Programa de Cobertura de Anticonceptivos (dentro del VEM y dentro del Sistema de Farmacia)

La Dirección de Farmacia dará de alta al listado de anticonceptivos con cobertura 100% para este Programa.

El afiliado debe concurrir, mensualmente o en período que corresponda según el método, a un Prestador de la Obra Social para realizar la receta digital seleccionando el medicamento o dispositivo con cobertura 100% habilitado por IPROSS.

El afiliado se dirige a la Farmacia para la dispensa del mismo.

Métodos anticonceptivos, cobertura 100% con los topes detallados a continuación.

Tipo	Cantidad	Período
Anticonceptivos Orales o Inyectables	14 envases	1 Año
Anticonceptivos de emergencia	3 envases	1 Año
ILE/IVE Ley Provincial 4.796 Misoprostol	1 envase	1 Año
Implante Subdérmico	1	3 Años
Dispositivo intrauterino: DIU cobre 380 posmaternidad	1	10 Años
Dispositivo intrauterino DIU tipo multiload	1	5 Años
Endoconceptivo SIU Mirena	1	5 Años

LIQUIDACIÓN Y FACTURACIÓN MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS CON COBERTURA EN EL PROGRAMA

La liquidación y facturación de medicamentos y dispositivos en farmacias con cobertura en este Programa sólo podrán realizarse a través de receta electrónica del sistema de la Validación Electrónica Móvil (VEM).

IPROSS – VACUNAS ANTIGRIPALES

Le comunicamos a Ud. que se encuentra habilitadas en el validador, de la Obra Social de referencia, las siguientes vacunas antigripales:

- **AGRIPPAL S1 jga.prell.x 1**
- **INFLUVAC jga.prell.x 1 x 0.5 ml**
- **ISTIVAC 4 jga.prell.x 1 x 0.5 ml**
- **AFLURIA QUAD jga.prell.x 0.5 ml**
- **Agripal S1 Junior**

Le informamos a Ud. que este listado de vacunas tiene cobertura del 100 % por un envase en los siguientes planes:

- **IPROSS 2019 CRONICOS**
- **IPROSS 2019 DIABETES**
- **IPROSS 2019 EPILEPSIA**
- **IPROSS 2019 INFANTIL**
- **IPROSS 2019 MATERNO**
- **IPROSS 2019 ONCOLOGICOS**
- **IPROSS 2019 JUBILADOS**

Mientras que, en el plan: **IPROSS 2019 AMBULATORIO** la cobertura es por **monto fijo**.

IPROSS – Plan Jubilados

Le comunicamos a Ud. que ya está disponible en el sistema de validación de IPROSS el plan **Jubilados**, destinado a este segmento social, y contará con 5 recetas en plan ambulatorio por mes. El objetivo de esta implementación es segmentar datos de consumo entre los afiliados de la Obra Social.

Le recordamos a Ud. que cada receta debe contener dos Rp.

IPROSS DIABETES – Cobertura de insumos *FreeStyle Libre*

Le comunicamos a Ud. que la Obra Social de referencia ha generado la cobertura de sensores, y lector Free Style Libre con dispensa mediante receta médica al igual que otros insumos para diabetes.

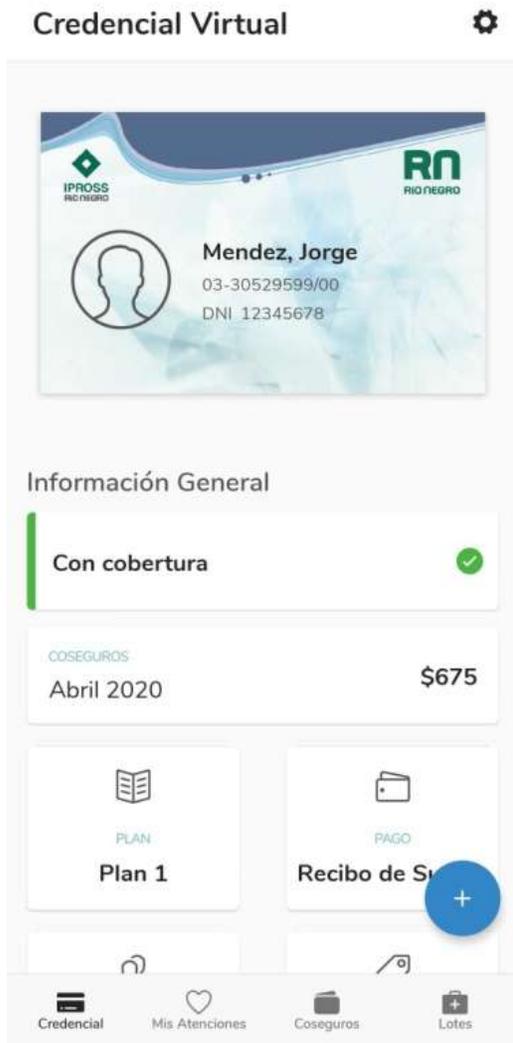
Le recordamos a Ud. que cada afiliado o afiliada dado/a de alta en plan **diabetes podrá acceder a dos sensores por mes y un lector por única vez.** Si eventualmente también necesita tiras reactivas, **podrá acceder solo a un envase de 50 tiras por mes.**

IPROSS - Recetas Electrónicas

Estimado Colega:

Le comunicamos a Ud. que a partir del día de la fecha el IPROSS nos informa la implementación de la receta electrónica. La Farmacia puede recibirla por WhatsApp, correo electrónico o simplemente en un papel con el código de receta. El Afiliado puede tener también las recetas digitales en su celular mediante una aplicación nueva del IPROSS llamada **“IPROSS RIONEGRO”**.

El Número de la receta digital figura como Número de Autorización.



Receta N° 6

Beneficiario: [Redacted]

Proveedor: [Redacted]

Detalle

Código Identificador	N°	Numero de Autorización	Regimen	Estado	SPESOLADA
Centro Médico	Hospital Hospital Viedma	Fecha de Registro	Hace 0 minutos	Validación Asociada	No hay validación asociada

Medicamentos

Item 1

Diagnóstico: Epilepsia mantida, no especificada
 Medicamento: [Redacted] - [Redacted] x 100 ml
 Días de Tratamiento: 30

Item 2

Diagnóstico: Epilepsia mantida, no especificada
 Medicamento: [Redacted] - 300 mg comp x 30
 Días de Tratamiento: 30

Le recordamos a Ud. que en el programa **Win-Pharmaco** y **Winfar64** cuentan con la opción de consulta de receta Electrónica para las obras sociales que lo requieran:

Win-Pharmaco

WIN PHARMA-CO v3.03.20 FARMACIA COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE RN - METRE 940 GRAL. ROCA - RIO NEGRO T:01

EMITE TICKET

Vendedor: [Redacted] Cabo 1

Obra Social Principal: PAMI AMBULATORIOS

Trat. Prolongado?: **Preautorización**

Descuento en según: 0 %

Emisión de Ticket: [Redacted]

Nro. Comp: [Redacted]

Fecha Op: 13/04/20

Regiones: 2 VL 5

WINFAR64

WINFARMA 64 Version 1.1.85 - DLL 1.16 SISTEMA INTEGRADO DE FACTURACION PARA FARMACIAS FARMACIA COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE RN

EMISION DE TICKET/FACTURA CAJERO SALIR DEL TICKET

Nro. Comp: 2

Fecha: 13/04/2020

Vendedor: SUPERVISOR

Que emite?: TICKET

Cond. IVA: CONSUMIDOR FINAL

Datos del Cliente (F5 Selecciona Ficha)

CUIT: 0 DNI: 0

Nombre: [Redacted]

Dirección: [Redacted]

Obra Social y Coseguros

Obra Social: PAMI AMBULATORIOS

Tratamiento Prolongado?: **Preautorizaciones Receta Electronica**

Coseguro 1: [Redacted]

Coseguro 2: [Redacted]

Datos Complementarios

No Afiliado: [Redacted]

Nombre del Afiliado: [Redacted]

No. Receta: [Redacted]

Diagnóstico: [Redacted]

Recuerde también que una vez que ingrese a la opción, el sistema le pedirá el número de afiliado y el número de la receta electrónica.

El sistema le va responder con los productos orientativos pre-autorizados o de la receta electrónica por cada ítem que tuviera la misma (las distintas opciones de esa presentación pre-autorizada o prescrita por el médico). Posteriormente Ud. puede elegir cualquiera de ellos al

momento de validar la receta. (**ATENCIÓN: esto no es una validación es solo una consulta de la receta Electrónica Ud. tiene que validarla posteriormente como lo hace habitualmente**)

PREAUTORIZADOS		
DETALLE PREAUTORIZADOS/RECETA ELECTRÓNICA		
CODIGO PREAUTORIZACION:		
HNO.MATRÍCULA DEL PRESTADOR: 0		
FECHA DE LA RECETA: 09/04/2020		
HNO_CREDENTIAL:		
PRODUCTOS DEL ITEM 1:		
Telmisartan		0.00%
DIAPRESAN 80 mg COM x 15		0.00%
SARVAL 80 mg COM x 15		0.00%
SACOSVAL 80 mg COM x 14		0.00%
ALPERTAN 80 mg COM x 14		0.00%
SEMMAE 80 mg COM x 28		0.00%
HIBERVAL 80 mg COM x 28		0.00%
DIAPRESAN 80 mg COM x 30		0.00%
SACOSVAL 80 mg COM x 28		0.00%
SEMULTAN 80 mg COM x 28		0.00%
SARVAL 80 mg COM x 30		0.00%
DILCORAN 80 mg COM x 28		0.00%
ALPERTAN 80 mg COM x 28		0.00%
HICORVAL 80 mg COM x 30		0.00%
CORDEAN 80 mg COM x 30		0.00%
DIOVAN 80 mg COM x 28		0.00%

Con estos datos ahora Ud. puede cargar en el facturador para poder validar con **F10** (productos a dispensar, fecha de la receta, etc.), y posteriormente facturar dicha receta.

Lo mantendremos informado.

Atentamente.



COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE RIO NEGRO



I.Pro.S.S. (Instituto Provincial del Seguro de Salud)		
Cobertura: Directamente por Farmacias adheridas según Normativas administrativas y legales en vigencia.		
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 Kairos.		
Plan	A cargo del afiliado	A cargo IPROSS
IPROSS (2019) GENERAL GENERAL (según vademécum) el validador responde al plan que corresponda el producto. Para eso el afiliado debe re-empadronarse si posee patologías crónicas.	Según Validación	Según Validación (Ambulatorio, Crónicos, Diabetes, PMI, Planes especiales) dependiendo del <u>empadronamiento</u> del afiliado
IPROSS(2019) PREAUTORIZADO	Según Validación	Según el Código de Pre Autorización otorgada por IPROSS Sede Central
<ul style="list-style-type: none">• Todos los planes que se facturan al convenio deberán autorizarse on-line.• <i>NO se aceptan recetas MIXTAS.</i> Si el afiliado está empadronado en varios planes, el médico deberá confeccionar tantos Recetarios como planes tenga.		
REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES		
Tipo de Recetario:	Receta Particular del médico en todos los planes. Las recetas oficiales del convenio anterior serán aceptadas hasta agotar su circulación Se aceptan recetarios confeccionados por computadora con firma y sello del médico prescriptor de puño y letra.	
No se aceptan fotocopias de recetas.		
Nombre y Apellido del afiliado, Número de afiliación.		
Fecha de prescripción de la receta (por medico prescriptor).		
Firma y sello aclaratorio del profesional que prescribe.		
Detalle de los medicamentos prescritos (principios activos, concentración y FF).		
Dosis diaria y duración de tratamiento, no pudiendo entregar para más de 30 días.		
Diagnóstico por receta.		
Validez		
a) para la venta:	30 (treinta) días a partir de la fecha de prescripción incluyendo la misma.	
b) para la presentación:	60 (sesenta) días corridos, a partir de la fecha de venta e incluyendo la misma.	
c) Para la re facturación:	90 (noventa) días corridos a partir de haber recibido el débito. Tener en cuenta que a la brevedad se agregará un plan de refacturación para los casos que sea necesario este recurso.	

Cantidad máxima de Medicamentos y de envases por receta	Se podrán dispensar hasta 2 (dos) productos medicinales y se dispensara el total de los envases necesarios para cubrir el tratamiento prescripto.
Contenidos máximos de cada medicamento según su tamaño:	Tamaño no especificado: Vender la menor presentación.
Especifica "grande": Vender la presentación siguiente a la de menor tamaño.	
Antibióticos inyectables:	Monodosis: hasta 5 (cinco) ampollas individuales por receta. Multidosis: hasta 1 (uno) envase por receta.
Corticoides inyectables:	Monodosis: hasta 5 (cinco) ampollas individuales por receta. Multidosis: hasta 1 (uno) envase por receta.
Leches medicamentosas o maternizadas:	Hasta 3 Kg. por mes o 60 envases de 250 ml Maternizadas: cobertura del 100 % para los primeros 6 meses. Medicamentosas: cobertura del 100 % hasta el año de vida.
Deberá presentar (el afiliado):	Credencial de afiliación en vigencia.
Recetario correspondiente según el	Plan.
Deberá verificarse:	Existencia del afiliado en el padrón VALIDACIÓN ON-LINE. <u>Consultas: 0-800-333-4776 – IPROSS-</u>
La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente :	Pegar con pegamento tipo Plasticola o Voligoma el troquel y/o su código de barras de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescriptos en el frente de la receta para permitir el escaneo.
Fecha de dispensación.	
Importes unitarios y totales y porcentaje a cargo de la entidad.	
Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto.	
Firma, aclaración, DNI, domicilio del afiliado	
Firma del tercero, aclaración de firma y DNI, el cual deberá ser exhibido, al dorso de la receta.	
Sello de la farmacia y firma del farmacéutico Director Técnico, al dorso de la receta.	
Importante:	Por consultas sobre la presente Norma Operativa, llamar ANTES de rechazar cualquier receta <u>0-800-333-4776 del IPROSS</u> Corrección del N° beneficiario puede realizarse con firma y sello de farmacia (no usar " liquid paper" o corrector) Enmiendas de prescripción serán salvadas con letra clara con firma y sello del médico que prescribe
ANOVULATORIOS: 14 envases por año, no más de 2 por mes por afiliada.	
<u>Presentación se realizará desde el programa XEILON, presentando, como máximo:</u>	
-CARÁTULA GENERAL DEL NUEVO CONVENIO IPROSS 2019 <u>QUE CONTENDRÁ TODOS LOS LOTES DE RECETAS DE LOS DISTINTOS PLANES.</u> Cada uno en páginas individuales y en caso de cantidad mayor a 100 recetas, serán divididas en sub-lotes de 100.	
-CARÁTULA GENERAL DE IPROSS PREAUTORIZADO Cada Carátula indicará: quincena presentada, Datos de la farmacia, cantidad de recetas de cada Plan con firma y sello del DT de la Farmacia.	