

PAMI

RESOLUCIÓN 337

Existen 2 sistemas:

1. "**Viejo**" sistema: No se validan:

- Recetas con comprobante de autorización "amarillo".
- Recetas con comprobante de autorización "blanco escrito a mano".

LEER EL TEXTO QUE SE ESPECIFICA A CONTINUACIÓN.

2. "**Nuevo**" sistema: Se validan:

- Las recetas que vienen acompañadas (por única vez) con los nuevos formularios preimpresos. Se aclara "por única vez" porque luego va la receta sola.

LEER INSTRUCTIVO DE SIEMES.

Las siguientes aclaraciones fueron realizadas con motivo de la puesta en vigencia del **"viejo" sistema**, precisamente de las **AUTORIZACIONES BLANCAS ESCRITAS A MANO.**

Entre el Instituto y la Industria Farmacéutica, se ha puesto en vigencia un **Sistema de Provisión para productos con cobertura diferencial para los afiliados, comprendiendo los siguientes planes: "Vía de Excepción", "Subsidio Social" y Discapacidad"**.

Los tres planes tienen cobertura al 100% previa autorización por parte del INSSJP en el **"Formulario de Autorización"** que deberá estar adosado a la receta, debiendo controlar la farmacia que **TODOS** los campos del Formulario estén completos.

En materia de provisión existen dos vías:

- ▶ Los **medicamentos ambulatorios** deberán ser provistos por las farmacias en forma inmediata (tratamiento ambulatorio con cobertura 100%).
- ▶ Los **medicamentos oncológicos y tratamientos especiales** deberán ser solicitados al CAMOYTe en la forma habitual, quien procederá a designar al Operador Logístico que lo entregue, dentro de los 3 días hábiles a la farmacia para su dispensa.

La facturación de estos planes se realizará en la misma fecha que se indica en gacetilla y la misma forma de presentación para el plan actualmente vigente, pero **EN LOTES SEPARADOS** (con propias carátulas 1 y 5) **DEL RESTO DE LA FACTURACIÓN Y VISIBLEMENTE IDENTIFICADO EL PLAN EN LA CARATULA CORRESPONDIENTE.** (Se recuerda que es para el **"viejo" sistema**).

Plan 1: Medicamentos por vía de excepción y planes especiales con cobertura 100% (comprende los medicamentos no provistos por el actual sistema y que el INSSJP autorice a través del Formulario de Autorización a brindar la cobertura del 100%).

PLAN 2: Medicamentos con cobertura 100% por razones sociales (están incluidos los medicamentos ambulatorios con cobertura inferior al 100% provistos por el actual sistema y que el INSSJP autorice a través del Formulario de Autorización a brindar la cobertura del 100%)

La vigencia de estos nuevos planes de prestación fue establecida a partir del **15 de marzo/05**.

ACLARACIONES:

1. Los números de Providencia deben figurar en las autorizaciones, no solo en las del Plan Vía de Excepción.
En planes de Subsidio Social es posible que la Delegación no coloque el Número de Providencia, situación que es aceptada.
2. Las normas en cuanto a enmiendas, cambios groseros de tinta y sellos ilegibles es la misma que existe en la operación habitual de PAMI, sea en la autorización como en la receta, y deben ser salvadas como normalmente se realiza.
3. **Una receta vencida** (pasados los 30 días de su prescripción) **puede cobrar nueva validez a partir de la fecha de su autorización**, gozando de 30 días más de vigencia a partir de dicho momento.
4. El CAMOYTE está gestionando la instalación de un número especial 0800 para estos planes. Por el momento el CAMOYTE ha dispuesto un nuevo número telefónico exclusivamente para el envío de fax de recetas y autorizaciones de los nuevos planes de la Res. 337. Se trata del **(011) 4630-4459**.
5. Los pedidos de autorización al CAMOYTE deben ser hechos remitiendo por fax **AMBOS** documentos: Autorización y Receta. Ahora existe también una nueva posibilidad de mandar la receta al CAMYOyTE y es escaneando la receta: ver página web de Cofa: www.cofa.org.ar en FARMALIVE (en éste caso es necesario contar con un N° de usuario y contraseña proporcionado por el Colegio).
6. La prescripción que figura en la Autorización debe guardar las mismas particularidades que las que tiene la receta habitual de PAMI en materia de prescripción por marca comercial y monodroga.
7. La posible **receta mixta** (producto oncológico y no oncológico en la misma receta) **deberá desglosarse en dos** (una original y una fotocopia). La ORIGINAL, con el producto oncológico se tramita vía CAMOYTE, y la fotocopia, con el producto no oncológico se tramita con el conjunto de ambulatorios vía Farmalink.

8. En el caso de **tiras reactivas + Lancetas** se pueden dispensar ambas ya que se asocian en el control de la glucemia, aún cuando no esté especificado en la receta.
9. No debe dispensarse la Autorización sola sin la correspondiente receta. Farmalink solo aceptará el dúo Autorización + Receta.
10. **No deben aceptarse recetas cuya fecha de prescripción sea posterior a la fecha de autorización.**
11. **Las recetas autorizadas vía Amparo deben constar visiblemente la leyenda AMPARO** ya sea en la receta o en la autorización.
12. Para el caso de **Plan Vía de Excepción, la provisión de Factores para el Tratamiento de la Hemofilia**, debe realizarse por **vía Camoyte**.
13. Si bien originalmente se había dispuesto que el Formulario de Autorización que quedaba en poder de la farmacia era el **Triplicado**, en virtud de los problemas suscitados por escasa legibilidad del mismo **se puede aceptar el DUPLICADO** para que quede en la Farmacia y entregarle el Triplicado al afiliado.
14. Han comenzado a aparecer formularios de Autorización de **color BLANCO** y con un papel de textura diferente al originalmente en circulación. Estos formularios SON VÁLIDOS ya que se trata de formularios emitidos por PAMI.
15. La autorización debe ser firmada en el momento de la dispensa por quien retire el medicamento. En el caso de que se trate de un Plan Vía de Excepción AMPARO JUDICIAL un funcionario de la Delegación debidamente autorizado será el encargado de retirar la medicación de la farmacia.
16. Pueden existir casos de recetas cuya prescripción incluya más de un medicamento y la autorización solamente incluya uno. En este caso solo se dispensará por resolución 337 el medicamento autorizado, y se solicitará al afiliado que concurra con una receta aparte para el producto no autorizado.
17. La cantidad de productos o el tamaño de los mismos son los que establece la Autorización (en consonancia con lo prescripto en la receta) quedando sin efecto en estos casos la norma operativa habitual del convenio.
18. **No deberán mezclarse las recetas del convenio regular de PAMI con las de la Resolución 337.**
- ➔ 19. **CARÁTULAS:** Existen carátulas **ESPECIALES** para la Resolución 337 (recordamos que es para el "viejo" sistema).
20. Confederación Farmacéutica Argentina nos informa que, en virtud de las devoluciones de recetas, **se SUSPENDE LA PROVISIÓN DE PRODUCTOS DESCARTABLES, como lo son las JERINGAS y las AGUJAS** comunes.

21. **No se dispensa**, a través de la Resolución 337, **los productos categorizados en Manual Farmacéutico o Kairos como "PAMI Auditoría"**, aún cuando cuenten con la autorización de la Delegación.
22. **No se dispensa**, a través de la Resolución 337 **(en ninguno de sus planes) por vía directa de las farmacias todo medicamento incluido en los listados de provisión de CAMOYTE** oportunamente informados. Los medicamentos de estos listados son de exclusiva provisión del CAMOYTE en el marco de esta Resolución.

Preguntas más frecuentes:

1. ***¿En una misma receta pueden ir un medicamento con cobertura y uno sin cobertura?***
SI. Si ambos medicamentos cuentan con autorización no hay problemas.
2. ***¿En una misma receta pueden ir un medicamento "oncológico" y otro "ambulatorio"?***
NO. Deberá desglosarse en dos (una original y una fotocopia). La ORIGINAL, con el producto oncológico se tramita vía CAMOYTE, y la fotocopia, con el producto no oncológico se tramita con el conjunto de ambulatorios vía Farmalink.
3. ***¿En una misma receta pueden ir un medicamento autorizado Resolución 337 y otro del sistema tradicional de PAMI?***
NO. Se sugiere utilizar la receta para dispensar el medicamento autorizado y solicitar al paciente que pida una nueva receta para el medicamento no autorizado que se dispense por PAMI común.
4. ***¿Cómo se factura?***
La facturación de estos planes se realizará en la misma fecha que se indica en gacetilla y la mismas forma de presentación para el plan actualmente vigente, pero **EN LOTES SEPARADOS** (con propias carátulas 1 y 5) **DEL RESTO DE LA FACTURACIÓN Y VISIBLEMENTE IDENTIFICADO EL PLAN EN LA CARATULA CORRESPONDIENTE.**

PLAN VÍA DE EXCEPCIÓN

El Plan Vía de Excepción (No Amparo) es el que más controversias ha causado en la atención de las recetas involucradas en la Resolución 337, habida cuenta de que solo los medicamentos considerados oncológicos y tratamientos especiales fueron provistos hasta el momento por el CAMOYTE, estando excluidos de su responsabilidad, y por ende debiendo ser dispensados directamente por la Fcia, aquellos productos considerados ambulatorios y que han sido autorizados por la Delegación PAMI dentro de este Plan.

Este hecho causaba innumerables problemas por dos factores:

- 1) En muchos casos se trata de medicamentos de alto costo, o bien medicamentos de costo medio pero prescritos en grandes cantidades, lo cual dificultaba seriamente la dispensa de tales productos por la farmacia ante la evidencia del riesgo financiero que ello conlleva.
- 2) Este Plan Vía de Excepción ha sido acordado entre la Industria y el PAMI dentro de la resolución 337 con un precio especial.

AMPAROS

Las autorizaciones por Amparo Judicial son vehiculizadas actualmente dentro del Plan Vía de Excepción, aunque se trata de un Plan en sí mismo. Por esta razón Farmalink procederá en la próxima entrega de autorizaciones a las delegaciones a incluir un cuarto Plan reservado solo para los Amparos.

La prestación de productos por autorizaciones de Amparo se reconocerán a la farmacia según PVP.

La provisión de los medicamentos incluidos como Amparo puede ser realizada Vía CAMOYTE, según listados adjuntos, o por la farmacia en forma directa para el resto de los medicamentos.

Recordamos que en estos casos la receta o la autorización deberán consignar visiblemente en alguna parte la palabra AMPARO. Y que en virtud de disposiciones internas del Instituto será una persona autorizada por la Delegación la que retirará el medicamento de la farmacia. Para estos casos Farmalink también está previendo la confección de un documento que sirva de registro para la farmacia de la entrega del medicamento.

Al mismo tiempo se nos facilitará a corto plazo un listado en el que constarán los nombres y apellidos de las personas de cada Delegación autorizadas para el retiro de las farmacias de los productos incluidos en las autorizaciones por Amparo Judicial.

Independientemente de cómo se encuentre autorizada una receta (Vía de Excepción, Recurso de Amparo, Subsidio Social, Discapacidad), si la droga corresponde ser provista por CAMOYTE indefectiblemente deberá tramitar la receta por esa vía, no pudiendo bajo ninguna circunstancia entregarla de su stock.

PROGRAMA DE AUTORIZACIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS

Vigencia: a partir del 01 de Octubre 2006

Las siguientes aclaraciones fueron realizadas con motivo de la puesta en vigencia de **AUTORIZACIONES AMARILLAS**.

Objetivo del Programa:

Evitar que el paciente crónico tenga que concurrir sucesivas veces a la UGL de su zona para autorizar cada una de las recetas que le son prescritas por los profesionales médicos. De esta manera con una sola autorización el paciente podrá concurrir en 3 oportunidades sucesivas a la farmacia por su medicación con las respectivas recetas de su médico.

Metodología Operativa

- a) Se ha creado un **nuevo Formulario de Autorización por Resolución 337/05 exclusivamente para pacientes crónicos**
- b) Los **Formularios de Autorización de Pacientes Crónicos son de color amarillo** y sus números de serie comenzarán desde el 5.000 en adelante, para que queden claramente diferenciados de los formularios blancos actualmente vigentes y que solo permiten autorizar una única receta en cada acto.

- c) Los nuevos Formularios de Autorización para Pacientes Crónicos (color amarillo) van a coexistir con los Formularios de Autorización actuales (color Blancos).
- d) En dichos formularios amarillos los autorizantes de las UGL podrán en el mismo acto autorizar la provisión de hasta 3 (tres) ciclos del mismo tratamiento, con indicación de las fechas desde la cual el Farmacéutico podrá comenzar a dispensar cada una de ellas.
- e) El autorizante de la UGL, deberá completar los datos y autorizar cada uno de los cupones con iguales medicamentos que la receta que tiene a la vista. El número de la receta será completado por el autorizante de la UGL en el cupón 1, mientras que en los cupones 2 y 3 el farmacéutico será el responsable de completarlos al momento de la dispensa a partir de la lectura de cada una de las recetas que los acompañen.
- f) Con respecto a la fecha de la "**ENTREGA DESDE**": en el cupón 1 deberá ser igual a lo que se consigne en "**FECHA DE EMISIÓN**". La Fecha de Entrega del cupón 2 no podrá ser inferior a veinticinco (25) días posteriores a la Fecha de Emisión y la del cupón 3 no podrá ser menor a cincuenta (50) días posteriores a la Fecha de Emisión.
- g) Los cupones de autorización no tienen vencimiento.
- h) Los formularios de Autorización de Pacientes crónicos se emitirán en Original para el Afiliado con los respectivos tres cupones troquelados (uno para cada receta que se autoriza) quedando el duplicado en poder del Instituto.
- i) El Afiliado o Tercero deberá concurrir a una farmacia de su exclusiva elección en fecha igual o posterior a la que fue definida como "**ENTREGA DESDE**" por el autorizante de la UGL, con la receta Original adjuntando formulario de Autorización de Pacientes Crónicos, autorizado (cupones 1, 2 y 3).
- j) En esa primera oportunidad el farmacéutico dispensará a partir del cupón 1 con la receta original y el afiliado se llevará los cupones 2 y 3.
- k) Cuando la farmacia reciba los cupones 2 o 3 deberá verificar los casilleros **FECHA DE EMISIÓN** y **ENTREGA DESDE** para constatar la vigencia de cada cupón (ver f) y recibirá una nueva receta original, cuyo número deberá volcar en el casillero correspondiente que se encuentra vacío para tal propósito.
- l) En todos los casos el número de receta que conste en cada uno de los tres cupones deberá corresponderse con el Número de Receta extendida por el profesional médico según la oportunidad. Asimismo deberán corresponderse los medicamentos autorizados con los respectivos que constan prescriptos en la receta (iguales en todos los cupones).
- m) En caso de no coincidir el número de Receta o los medicamentos autorizados con los prescriptos, la farmacia no deberá proceder a la dispensa.
- n) La liquidación de esta modalidad de Autorización para Pacientes Crónicos deberá efectuarse adhiriendo el Cupón (1, 2 o 3) con su respectiva receta original, con similares formalidades a las que se efectúa actualmente la liquidación de la Resolución 337 del segmento ambulatorio e integrada a la presentación de la Resolución (separada por lo tanto del ambulatorio común).
- o) La elegibilidad de los afiliados autorizados y su vigencia o no, así como la pertinencia de los medicamentos autorizados a esta nueva modalidad, es **exclusiva responsabilidad** de la Delegación PAMI.
- p) Los Afiliados del PAMI podrán adquirir los medicamentos que constan en cada uno de los cupones 1, 2 o 3 ya sea en la misma farmacia o en farmacias distintas según su propia elección.

- q) A efectos exclusivamente operativos se solicitará a las farmacias dispensadoras que los cupones autorizantes vengan adheridos a la receta original con cinta adhesiva transparente en lugar de ganchitos metálicos.
- r) Sugerimos a las farmacias revisar los medicamentos incluidos en la autorización a fin de constatar que no se trate de drogas incluidas en el listado de provisión de CAMOYTE. Si así fuera deberá vehiculizarse dicha provisión por el citado ente con la metodología habitual.
- s) La presentación de las recetas con sus correspondientes cupones de autorización deberá realizarse conjuntamente con el resto de la presentación de la Resolución 337 (separado como habitualmente se hace de la presentación ambulatoria común).

LIQUIDACIÓN DE RECETAS (siempre para el “viejo” sistema)

“En los casos en que el sistema de la Farmacia discrimina los montos a ser liquidados por el Fondo Fiduciario y montos a ser liquidados por Convenio, la Farmacia NO Tendrá necesidad de trasladar esta distinción a la receta, pudiendo completarla en forma más sencilla” (es decir, el 100% a cargo de la Obra Social).

Ejemplo:

Consignar: 100%

Monto Total:	\$ 57,51
Monto a cargo afiliado:	\$ 0,00
Monto a cargo OS:	\$ 57,51

En otras palabras: **tanto en las recetas como en las carátulas (carátulas manuales) NO debe colocar el importe del Fondo Fiduciario (el 100% es a cargo del Instituto y \$ 0.00 para el afiliado).**

La bonificación se calcula como siempre

A continuación, detallamos los **errores** incurridos en la presentación, que no guardan correlación con las formas de trabajo oportunamente informadas:

ERROR REGISTRADO	NORMATIVA
Faltan recetas originales (presentan copias) en dispensaciones que no son mixtas	Las recetas no pueden ser fotocopiadas. Solo se aceptaban en circunstancias de que un producto de la receta fuera Vía Camoyte y el otro provisto por la farmacia.
Dispensación en cantidades mayores a la autorizada.	La Autorización es la que establece los renglones y las unidades a dispensar.
Datos faltantes en la autorización (firma – sello de la delegación – aclaración de firma)	La Autorización debe estar completa en TODOS sus ítems (la única excepción es la posibilidad de que no se consigne el número de providencia en los Planes de Subsidio Social y Discapacidad)
Dispensación de productos no incluidos en la autorización.	Solo se dispensan productos autorizados.
Adjunta formulario de autorización no válido para la Resolución 337	El formato del Formulario es uno y fue informado oportunamente. El color puede ser verde o blanco.
Falta de receta. Presenta solamente el formulario de autorización.	Formulario de Autorización adjuntado a la receta son la documentación básica para el reconocimiento de la prestación.
Falta de autorización. Presenta solamente la receta.	Formulario de Autorización adjuntado a la receta son la documentación básica para el reconocimiento de la prestación.
Más de 1 receta con 1 autorización.	Cada autorización responde a 1 receta. De existir más de 1 receta solicitar a la UGL que extienda más de 1 autorización.
Autorización fotocopiada	El formato del Formulario es uno y fue informado oportunamente. El color puede ser verde o blanco. Puede ser presentado el duplicado o el triplicado.
Receta y autorización fotocopiada	Autorización en duplicado o triplicado y receta en original son los documentos exigidos. Salvo la posibilidad de fotocopiar recetas en caso de recetas con un producto vía CAMOYTE y otro no.
Falta de troqueles	Deben adjuntarse la cantidad de troqueles que responda a la cantidad de productos facturados.
Receta sin completar al dorso (faltan datos de beneficiario o tercero interviniente)	La normativa de la receta es la misma que para el convenio PAMI habitual.

Información dada a conocer a través de Gacetilla N° 09/09:

TROQUELES PRODUCTOS VÍA CAMOYTE

El Centro de Autorización de Medicamentos Oncológicos y Tratamientos Especiales (CAMOyTE) nos ha comunicado que, en virtud de la solicitud realizada por la Confederación y atento a las recomendaciones emitidas por ANMAT, ha instruido a las droguerías para que ***a partir del 1° de octubre NO DESTROQUELEN ningún producto de Convenio o Resoluciones que pasa por su sistema.***

De tal modo los troqueles correspondientes a los planes Esclerosis múltiple, Transplantes, HIV, Resolución 337/05, PAMI CECOM, Hemofilia, etc., serán anulados (marcados) mediante marcadores de tinta permanente.

Los troqueles anulados deberán ser adheridos por la farmacia a la correspondiente receta cursando la misma el circuito habitual.