

NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE:
PRUDENTIAL – MERCADO PAGO / COLON SEGUROS / VIVAWELL- SWISS MEDICAL
LIFE SEGUROS - GESTION SEGUROS - PARANA SEGUROS - **ZURICH SEGUROS**

DESCUENTOS A CARGO:

PLAN DE COBERTURA	% DE COBERTURA	TOPE DE COBERTURA
PRUDENTIAL – MERCADO PAGO	50%	HASTA \$ 3000
COLON / VIVAWELL	40%	HASTA \$ 1000
SWISS MEDICAL LIFE SEGUROS	100%	100%
NACION SEGUROS	100%	100%
GESTION SEGUROS	100%	100%
PARANA SEGUROS	100%	100%
ZURICH SEGUROS	40%	HASTA \$3000

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO:

- DOCUMENTO DE IDENTIDAD y RECETA

RECETARIO:

- CONVENCIONAL / DIGITAL EMITIDAS POR PROFESIONALES DE REDSOM
- DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS:
 - Nombre del Plan de Cobertura (Si no figura se debe constar en la autorización emitida por REDSOM) **Excluye a ZURICH SEGUROS**
 - Nombre y Apellido del paciente.
 - Número de DOCUMENTO ó CUIL
 - Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expendirá solamente uno).
 - Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.
 - Fecha de prescripción.
 - Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.
- **VALIDACION ON LINE OBLIGATORIA**(Ingresando al sitio web de FACAF o al link: <https://sinval.ddaval.com.ar/>)

VALIDEZ DE LA RECETA:

15 (quince) días desde de la fecha de prescripción **e incluyendo la misma**

LÍMITES DE CANTIDADES:

Plan PRUDENTIAL - MERCADO PAGO: hasta 1 medicamento por receta.

Resto de los Planes:

- No más de 3 medicamentos por receta (3 renglones máximo)
- Hasta 2 medicamentos por renglón, sin superar 3 productos por receta.

LÍMITES DE TAMAÑOS:

- SIN LIMITES

OTRAS ESPECIFICACIONES:

CUANDO EL MÉDICO

No indica tamaño
Sólo indica GRANDE
Equivoca cantidad

DEBE ENTREGARSE

El de menor contenido
El tamaño SIGUIENTE AL MENOR
El tamaño inmediato inferior

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 - De acuerdo al orden de prescripción.
 - Incluyendo el código de barras.
 - Adheridos con cinta adhesiva (No usar abrochadora)
- Número de orden de la receta.
- Fecha de Venta.
- Precios unitarios y totales (tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos. Las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario).
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento. (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
- Adjuntar copia del ticket de venta. En caso de no poder hacerlo notifique por escrito las razones. Dicha información quedará archivada en el legajo de la farmacia.

MEDICAMENTOS FALTANTES:

Si por cualquier motivo en la farmacia falta el o los productos recetados, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 Hs. de haber sido requeridos por el beneficiario, quien debe conocer tal condición para adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo.

COBERTURA:

Los descuentos indicados en este instructivo se aplican sobre las especialidades medicinales de venta de bajo receta incluidas en el Manual Farmacéuticos excepción de las comprendidas en el listado de “Grupos Terapéuticos Excluidos de la Cobertura”

GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA

ACCESORIOS DE TODO TIPO	ANTILEUCEMICOS
DISFUNCIÓN SEXUAL (Masculina y Femenina)	ANTINEOPLASICOS (TODOS)
INSUMOS ALIMENTACION PARENTERAL	CALCITRIOL
FLORES DE BACH	CEREDASE (ENF. DE GAUCHER)
AGONISTAS LH-RH	CINTAS REACTIVAS
ALIMENTICIOS EN GENERAL	CITOSTATICOS, ONCOLOGICOS
ANOREXIGENOS	COADYUVANTES DE ONCOLOGIA
ANOVULATORIOS Y ANTICONCEPTIVOS	ESPECIFICOS PARA EL TRAT. ONCOLOGICO
ANTIANDROGENICOS	GLIADEL
ANTIESTROGENICOS	ERITROPOYETINAS
D-NASA (ENFERMEDAD FIBROQUISTICA)	FORMULAS MAGISTRALES
INMUNOSUPRESORES E INMUNOMODULADORES	HORMONAS DE CRECIMIENTO
INTERFERON	INMUNOSUPRESORES PARA TRASPLANTADOS
L'ACETILCARNITINA	ISOTETRINOINA
MATERIAL DESCARTABLE	LECHES DE TODO TIPO
MEDIOS DE CONTRASTE	MEDICAMENTOS PARA INTERNADOS
HOSPITALARIOS	PERFUMERIA
TRAT. ENF. FIBROQUISTICA DEL PANCREAS	TRAT. DE LA OBESIDAD
TRAT. DEL SIDA	SOMATOTROPINA
PROD. PARA INHIBIR O PRODUCIR FERTILIDAD	TRAT. DE LA FENILCETONURIA
VENTA LIBRE y PRODUCTOS PARA CURACIONES	TRAT. PARA DROGADEPENDIENTES
BIOLOGICOS	ANTICUERPOS MONOCLONALES
FARMACOS ANTIVIRALES (A EXCEPCION DE ACICLOVIR Y VALACICLOVIR)	TRAT. DE ENFERMEDADES NEUROMUCULARES
	HIPOGLUCEMIANTES

Todos los productos que contengan alguna de las siguientes drogas:

ETANERCEPT - LINEZOLID - PALVIZUMAB

MODELO DE AUTORIZACION

AUTORIZACION EXCLUSIVA PROVISION DE MEDICACION AMBULATORIA		 PRESENTE EN TODO EL PAÍS FACAF FEDERACIÓN ARGENTINA DE CÁMARAS DE FARMACIAS
Apellido y nombre:		
DNI:		
Cobertura:	COLON / VIVAWELL	
Plan de cobertura:	COLON SEGURO MODULAR 40% (Tope \$1000)	
Fecha de la orden medica:	10/1/2022	
ACA VA LA IMAGEN DE LA RECETA PAPEL		
CODIGO DE AUTORIZACION: XXXXXXX		COLON / VIVAWELL - REDSOM
AUTORIZACION MEDICACION EXCLUIDA DE LA COBERTURA: SI ☐ NO ☐		

SOBRE LA PRESENTACIÓN:

Presentar las recetas en carátulas separadas por denominación del Plan de Cobertura, a saber:

- PRUDENTIAL - MERCADO PAGO
- COLON / VIVAWELL
- SWISS MEDICAL LIFE SEGUROS
- NACION SEGUROS
- GESTION SEGUROS
- PARANA SEGUROS
- ZURICH SEGUROS