

**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%                |
| <b>ZURICH SEGUROS</b>      | <b>40%</b>     | <b>HASTA \$3000</b> |

**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 LÍMITES

### 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

**MUY IMPORTANTE**

- El importe total del descuento a cargo de COLON SEGUROS / VIVAWELL no puede superar los \$ 1000, para los Planes ZURICH / PRUDENTIAL - MERCADO PAGO - no puede superar los \$ 3000  
Si el descuento supera dichos toques el afiliado deberá abonar la diferencia entre la sumatoria total de los precios de venta al público de los productos autorizados y \$ 1000 o \$ 3000 respectivamente.
- Psicofármacos: El profesional deberá confeccionar un duplicado de la receta de acuerdo a las normas legales en vigencia, el cual deberá quedar guardado como duplicado que deberá descargar el archivo para el guardado de la farmacia o deberá quedar archivado en el sistema en el usuario de la farmacia.
- Toda receta no electrónica deberá ser previamente autorizada por REDSOM (se adjunta modelo de autorización) la misma indicará, entre otros, el nombre del plan de cobertura correspondiente (ZURICH / PRUDENTIAL - MERCADO PAGO / COLON / VIVAWELL, SWISS MEDICAL LIFE SEGUROS, NACION SEGUROS, GESTION SEGUROS ó PARANA SEGUROS) y si se autoriza o no medicación excluida de la cobertura - se adjunta modelo de autorización.

**MODELO DE RECETA VIRTUAL COLON / VIVAWELL**

|                                                                                                                                                                         |  |                                                           |  |                                                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|
|   |  | NOMBRE DEL PROFESIONAL O INSTITUCION<br>PRESTADORA PRUEBA |  | Troquel 1                                                             |  |
| APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO<br>LUCIA HAUN                                                                                                                        |  | Numero de Afiliado: 3                                     |  | Troquel 2                                                             |  |
| Edad: 3 0                                                                                                                                                               |  | Sexo: F M                                                 |  | Troquel 3                                                             |  |
| Fecha de Emision: 2 6 0 1 2 2                                                                                                                                           |  | Fecha de Dispensacion:                                    |  | Troquel 4                                                             |  |
| Rp/1<br>valproico,ác. 250 mg<br>Cápsulas/Softgels<br>x 50 unidades                                                                                                      |  | Cant. Recetada en letras: UN<br>en numeros: 1             |  | CANTIDAD ENTREGADA: 1<br>Precio Unitario:<br>Total:<br>% Obra Social: |  |
| Rp/2<br>hierro,sulfato 125 mg/ml<br>Gotas orales<br>x 1 unidades de 45 ml                                                                                               |  | Cant. Recetada en letras: UN<br>en numeros: 1             |  | CANTIDAD ENTREGADA: 1<br>Precio Unitario:<br>Total:<br>% Obra Social: |  |
| Rp/3                                                                                                                                                                    |  | Cant. Recetada en letras:<br>en numeros:                  |  | CANTIDAD ENTREGADA:<br>Precio Unitario:<br>Total:<br>% Obra Social:   |  |
| Firma y sello, aclaratoria del profesional                                                                                                                              |  | Diagnostico Principal Nn                                  |  | Total Receta:<br>A Cargo Del Afiliado:<br>A Cargo O.Social:           |  |
| Matricula Nro.: 111111                                                                                                                                                  |  | SECURITY CODE: 38a8rkyt                                   |  | Troquel 6                                                             |  |

## MODELO DE AUTORIZACION

| AUTORIZACION EXCLUSIVA PROVISION DE<br>MEDICACION AMBULATORIA                                             |                                        | <br><small>PRESENTE EN TODO EL PAÍS</small><br><b>FACAF</b><br><small>FEDERACIÓN ARGENTINA<br/>DE CÁMARAS DE FARMACIAS</small> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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<br>LA RECETA PAPEL                                                                    |                                        |                                                                                                                                                                                                                   |
| CODIGO DE AUTORIZACION: <b>XXXXXXX</b>                                                                    |                                        | COLON / VIVAWELL - REDSOM                                                                                                                                                                                         |
| AUTORIZACION MEDICACION EXCLUIDA DE LA COBERTURA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                        |                                                                                                                                                                                                                   |

### 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