

PAUTAS GENERALES OPERATIVAS

VALIDACION OBLIGATORIA DESDE EL SITIO WEB: <https://sinval.ddaval.com.ar/> o bien homologando el sistema de gestión de la farmacia, para ello solicitar vía mail los manuales correspondientes a: franciscofigueroa@audibaires.com.ar

1) PLANES y/o COBERTURAS

Se expresa que **MEPLIFE SALUD S.R.L.** cuenta con los siguientes planes de coberturas a saber:

Afiliados por Opción: 1) ALAMO 2) CEIBO 3) ROBLE

Monotributistas: 1) CEIBO 2) ROBLE

Prepagos y/o Directos: 1) CEIBO 2) ROBLE

Plan complementario de Salud: 1) SAUCE

2) VADEMECUM

Se establece que para todos los planes y/o coberturas que dispensa **MEPLIFE SALUD S.R.L.** no EXISTE VADEMECUM para la dispensa de medicamentos, por lo que ingresan todos los medicamentos.- Salvo Aquellos afiliados con HC que deberán presentar autorización para tratamiento prolongado.

3) IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO

En todos los casos, los afiliados deberán presentar el carnet de **MEPLIFE SALUD S.R.L.** Conjuntamente con el documento de identidad. Previamente a la dispensa de la prestación debe ser debidamente comprobada la identidad del afiliado.-

4) RECETARIOS

Para su facturación la farmacia deberá presentar recetario Oficial con todos los campos completos y porcentaje de cobertura, con los datos necesarios para la misma: Nombre y Apellido del Afiliado y/o familiar, N° de Afiliado, Fecha de atención, Diagnóstico, Firma y Sello del Profesional, y Firma de conformidad del Afiliado.-

Rogamos sean cumplimentados TODOS LOS DATOS, sin tachaduras ni enmiendas, a fin de evitar futuros débitos. La omisión por parte del prestador a estas pautas operativas, dará derecho a MEPLIFE SALUD S.R.L. a efectuar el débito de la prestación.-

PORCENTAJES CUBIERTOS, DETERMINADOS por PLANES Y COBERTURA

AFILIADOS por OPCION – OBRA SOCIAL

PLAN ALAMO:

<u>PRESTACIONES</u>	<u>A CARGO O.S.</u>	<u>A CARGO AFILIADO</u>	<u>COBERTURA SOBRE</u>
MEDICAMENTOS (*)	40%	60%	SIN VADEMECUM
PMI (Plan Materno Infantil)	100%	---	SIN VADEMECUM
AUTORIZACIONES ESPECIALES (*2)	100%	---	SIN VADEMECUM

PLAN CEIBO:

<u>PRESTACIONES</u>	<u>A CARGO O.S.</u>	<u>A CARGO AFILIADO</u>	<u>COBERTURA SOBRE</u>
MEDICAMENTOS (*)	40%	60%	SIN VADEMECUM
PMI (Plan Materno Infantil)	100%	---	SIN VADEMECUM
AUTORIZACIONES ESPECIALES (*2)	100%	---	SIN VADEMECUM

PLAN ROBLE:

<u>PRESTACIONES</u>	<u>A CARGO O.S.</u>	<u>A CARGO AFILIADO</u>	<u>COBERTURA SOBRE</u>
MEDICAMENTOS (*)	50%	50%	SIN VADEMECUM
PMI (Plan Materno Infantil)	100%	---	SIN VADEMECUM
AUTORIZACIONES ESPECIALES (*2)	100%	---	SIN VADEMECUM

MONOTRIBUTISTAS

PLAN CEIBO:

<u>PRESTACIONES</u>	<u>A CARGO O.S.</u>	<u>A CARGO AFILIADO</u>	<u>COBERTURA SOBRE</u>
MEDICAMENTOS (*)	40%	60%	SIN VADEMECUM
PMI (Plan Materno Infantil)	100%	---	SIN VADEMECUM
AUTORIZACIONES ESPECIALES (*2)	100%	---	SIN VADEMECUM

PLAN ROBLE:

<u>PRESTACIONES</u>	<u>A CARGO</u> <u>O.S.</u>	<u>A CARGO</u> <u>AFILIADO</u>	<u>COBERTURA</u> <u>SOBRE</u>
MEDICAMENTOS (*)	50%	50%	SIN VADEMECUM
PMI (Plan Materno Infantil)	100%	---	SIN VADEMECUM
AUTORIZACIONES ESPECIALES (*2)	100%	---	SIN VADEMECUM

PREPAGOS y/o DIRECTOS

PLAN CEIBO:

<u>PRESTACIONES</u>	<u>A CARGO</u> <u>O.S.</u>	<u>A CARGO</u> <u>AFILIADO</u>	<u>COBERTURA</u> <u>SOBRE</u>
MEDICAMENTOS (*)	40%	60%	SIN VADEMECUM
PMI (Plan Materno Infantil)	100%	---	SIN VADEMECUM
AUTORIZACIONES ESPECIALES (*2)	100%	---	SIN VADEMECUM

PLAN ROBLE:

<u>PRESTACIONES</u>	<u>A CARGO</u> <u>O.S.</u>	<u>A CARGO</u> <u>AFILIADO</u>	<u>COBERTURA</u> <u>SOBRE</u>
MEDICAMENTOS (*)	50%	50%	SIN VADEMECUM
PMI (Plan Materno Infantil)	100%	---	SIN VADEMECUM
AUTORIZACIONES ESPECIALES (*2)	100%	---	SIN VADEMECUM

PLANES COMPLEMENTARIOS

PLAN SAUCE:

<u>PRESTACIONES</u>	<u>A CARGO</u> <u>O.S.</u>	<u>A CARGO</u> <u>AFILIADO</u>	<u>COBERTURA</u> <u>SOBRE</u>
MEDICAMENTOS (*)	30%	70%	SIN VADEMECUM
MEDICAMENTOS (*)	70%	30%	SIN VADEMECUM
MEDICAMENTOS (*)	80%	20%	SIN VADEMECUM

DIRECTIVAS GENERALES DE PRESTACION

Los medicamentos cuyo PVP superen los \$ 10.000.- deberán contar con autorización previa de MEPLIFE

CREDENCIAL

Oficial: SI (*3)

Provisoria: SI (*3)

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

TIPO DE RECETARIO:

Oficial: SI (*3)

Particular: solo plan robe con Sello de guardia

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos (incluida la fecha de prescripción)

PSICOFARMACOS:

Duplicado: SI

Fotocopia: NO

ACLARACIÓN FIRMA MEDICO Y N° MATRICULA:

Con sello: SI

Manuscrito: NO

ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:

Letras o Números: SI

LIMITACIONES CANTIDAD:

Hasta dos (2) especialidades por receta y hasta una (1) unidad por especialidad.

EXCEPCION:

- **Alimentos en envase de 237 ml** (Ensure Plus, Nero, etc.), hasta 5 (cinco) envases por receta

Con la leyenda de "TRATAMIENTO PROLONGADO":

- **Medicación inyectable monodosis:** Hasta 5 (cinco) Unidades.

LIMITACIONES TAMAÑO

El tamaño se deberá indicar en números.

Ej: 50 comprimidos.

Si indica: Lo requerido

Si no indica: El menor

Si erra el contenido: El menor

ESPECIALIDADES EXCLUIDAS

- ANOVULATORIOS (Excepto si el médico indica en la receta la prescripción con fines terapéuticos)
- ARTICULOS DE CAUCHO O PLASTICO (Bolsas, cánulas, tubos, sondas de todo tipo, jeringas de goma, etc.)
- ARTICULOS DE TOCADOR o BELLEZA (Jabones, lociones, champúes, emulsiones, etc.)
- CEPILLOS (Todos)
- CITOSTATICOS, ONCOLOGICOS Y MEDICAMENTOS ESPECIFICOS PARA TRATAMIENTO ONCOLOGICO
- CREMAS MEDICAMENTOSAS QUE SEAN DE VENTA LIBRE
- ENVASES HOSPITALARIOS
- FORMULAS MAGISTRALES HOMEOPATICAS o ALOPATICAS
- LECHE MATERNIZADA
- HERBORISTERIA
- INTERFERON
- LIMPIA Y FIJA DENTADURAS
- PASTAS, POLVOS, LIQUIDOS DENTIFRICOS
- PRODUCTOS DIETETICOS
- PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCION SEXUAL MASCULINA (ej. SILDEFIL, VIMAX, LUMIX, VIAGRA o SIMILARES)
- PRODUCTOS PARA TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD
- PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DEL SIDA
- TODOS LOS PRODUCTOS QUE CONTENGAN LA DROGA Y/O PRINCIPIO ACTIVO:
 - A) ETANERCEPT (EJ.: ENBREL)
 - B) LINEZOLID (ZYVOX ORAL)
- VENTA LIBRE

AUTORIZACIONES: Si – Por MEPLIFE SALUD S.R.L.

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por el afiliado: NO

FACTURACION (*4) Y REFACTURACION (*5):

Ver normas generales de atención y presentación

(*) COBERTURA:

En oportunidad de la dispensa de medicamentos, MEPLIFE SALUD S.R.L. se efectúa CON VADEMECUM ABIERTO

MUY IMPORTANTE!!!:

- a) Sólo se reconocerán con descuento las recetas que estén prescriptas de la siguiente forma:**

Consignando nombre genérico del medicamento (principio activo) indicando forma farmacéutica, concentración y cantidad de unidades por envase.-

Aclaración:

Si el profesional agregase nombre comercial sugerido, **sólo se reconocerán las marcas incluidas en vademécum**, ya sea por coincidencia con la prescripción o por sustitución de la marca sugerida.

En el caso de la sustitución, el farmacéutico deberá consignar la leyenda: **Sustitución de medicamento** firmando él y el afiliado dando conformidad.-

Consignando **nombre genérico de vademécum seguido de la marca comercial justificada**, y a continuación, de puño y letra del médico, la justificación fundada que avale tal decisión, bajo el título "Justificación de la prescripción por marca", dejando luego nuevamente asentada su firma y sello. Cumpliendo con esto, se deberá entregar lo prescripto, siempre que no forme parte de las ESPECIALIDADES EXCLUIDAS descriptas en la presente norma. En estos casos no será necesario que la receta se halle previamente autorizada por MEPLIFE Salud SRL.

- b) Cuando se prescriban asociaciones y/o combinaciones de monodrogas, no será necesario que se indique la dosis, pero sí la potencia y cantidad de unidades por envase:**

Ej. de prescripción válida: Amoxicilina + clavulánico, ác.
500 x 20

- c) Cuando se prescriba un principio activo:** El afiliado podrá elegir la marca comercial de las existentes, cuando la prescripción disponga en este de varias opciones. El farmacéutico expenderá el producto de menor valor existentes su farmacia, respetando el principio activo, la concentración y la dosis, y siempre y cuando que no forme parte de las especialidades excluidas descriptas en el presente instructivo.-

(*1) LECHES:

Se dispensarán a los afiliados de todos los planes y/o coberturas de **MEPLIFE SALUD S.R.L.** el 100% de leches medicamentosas, debiendo en cada oportunidad venir con previa autorización de Meplife Salud SRL.

En todos los casos expresados, la receta deberá estar prescripta por médico PEDIATRA, previamente autorizada por **MEPLIFE SALUD S.R.L.**

MUY IMPORTANTE:

a) El afiliado podrá retirar hasta dos (2) kg mensuales por receta con cobertura al 100 % de **MEPLIFE SALUD S.R.L.**.-

b) Si no cuenta con sello "**100% a cargo de MEPLIFE SALUD S.R.L.**", se podrá dispensar a través del Plan AMBULATORIO (en la proporción que corresponda a cada plan) hasta dos (2) kg por receta.

(*2) AUTORIZACIONES ESPECIALES:

Se podrán aceptar recetas para la dispensa de MEDICAMENTOS que se encuentren previamente autorizadas por **MEPLIFE SALUD S.R.L al porcentaje que indique la autorización.**

Solo en caso de **PLAN ROBLE** podrá venir un recetario común con el correspondiente sello de "GUARDIA" con los mismos campos completos y se le podrán entregar con el 50 % de descuento.

(*3) RECETARIO:

DATOS A COMPLETAR POR EL MEDICO:

El profesional prescribiente deberá indicar en la receta:

- a) Nombre, apellido del afiliado.
- b) Número de afiliado.
- c) Fecha de prescripción.
- d) Medicamentos prescritos y cantidad a dispensar en números o en letras.
- e) Diagnostico.

MUY IMPORTANTE:

a) No se deberán aceptar las recetas cuya prescripción esté indicada en el lugar destinado a PRÁCTICAS.

b) Resulta necesario que se halle completo el espacio destinado al diagnóstico médico en los recetarios.

DATOS A COMPLETAR POR EL FARMACEUTICO:

La farmacia deberá completar la receta con los siguientes datos:

- a) Fecha de expendio en números
- b) Código de farmacia
- c) Cantidad entregada
- d) Precio unitario de cada medicamento
- e) Total del renglón
- f) Total de la receta
- g) Porcentaje a cargo del afiliado
- h) Porcentaje a cargo de MEPLIFE SALUD S.R.L.
- i) Troqueles en el espacio asignado y colocados en el mismo orden prescripto.
- j) Firma y sello del farmacéutico.
- k) Firma y aclaración de conformidad, número de documento y teléfono del afiliado o tercero interviniente.

NOTA: En caso de quien retira los medicamentos sea un tercero interviniente, deberá presentar credencial y documento de identidad del afiliado.-

(*4) PRESENTACION:

Las facturaciones y re facturaciones se deberán presentar en planillas por separado, identificándose de la siguiente manera:

-PLAN AMBULATORIO (SIN DISTINCION DE PLANES, COBERTURAS 30-40-50-70-80%)

-PLAN PMI (COBERTURA 100%)

-PLAN AUTORIZADO: (COBERTURA porcentaje indicado en la autorización)

(*5) REFACTURACIONES

El tiempo para presentar las re facturaciones es de 30 días, debiendo observar las mismas formalidades que para la facturación.-

CAUSALES DE DEBITOS

1. Recetario Incompleto (Re facturable)
2. Falta de fecha de prestación (Re facturable)
3. Falta de firma y sello del profesional (Re facturable)
4. Orden vencida o que exceda los 30 días de la fecha de prestación (NO REFACTURABLE)
5. Falta de datos del paciente; nombre y apellido, DNI, firma y aclaración; en caso de menores o personas mayores se aceptarán de las personas responsables emparentadas (Re facturable).
6. Receta fotocopiada (NO REFACTURABLE)
7. Enmiendas no salvadas (Re facturable)

FORMATO DE LAS CREDENCIALES y RECETARIOS

CREDENCIALES

GIANFRANCISCO DANTE ALBERTO DNI: 23117703 Plan: ROBLE Vigente desde: 01-05-2017 Nro GPO: 100000 www.meplife.com.ar		Organo de control: Superintendencia de Servicio de Salud 0800 222 SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar Esta credencial es personal e intransferible. Su uso se rige por los términos y condiciones detallados en el reglamento vigente. Deberá presentarse en todo requerimiento de atención junto con el documento de identidad del asociado. MePLIFE SALUD www.meplife.com.ar
---	---	---

RECETARIOS

		Usuario: Jessica Paola Encina Fecha Emision: 2022-05-26 16:02:32		
Salta - Capital, Av. Belgrano 769 1° Piso Telef: (0387) 4225973 - 4311158				
Receta Nro. 10 Descuento 50.00 %				
Nro. Gpo: 20000004 Beneficiario: Blanco, Agustina DNI: 45115427 PLAN: ROBLE				
Prestador Deriv: AGU PABLO JAVIER				
Fecha Vto: 26/06/2022		Fecha Prescripcion: ____/____/____		Fecha Venta: ____/____/____
Nombre Generico (Obligatorio)	Nombre Comercial	Cant	Precio	Importe
Diagnostico 1		IMPORTE TOTAL: Cargo AFILIADO: Cargo OS:		
Diagnostico 2				
Firma y Sello del Medico		Firma del Paciente		