

NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE:
REDSOM / COLON SEGUROS / COLON VIVAWELL / ZURICH SEGUROS /
IASPER ART – IASPER SEGUROS

DESCUENTOS A CARGO:

PLAN DE COBERTURA	% DE COBERTURA	TOPE DE COBERTURA	VALIDACION
REDSOM	50%	HASTA \$ 3000	Si
COLON / VIVAWELL	40%	HASTA \$ 1000	Si
ZURICH SEGUROS	40%	HASTA \$ 9811	Si
COLON SEGUROS (Accidentes Personales)	100%	100%	Si
IASPER ART / IASPER SEGUROS (Ap y Otros)	100%	100%	Si

MUY IMPORTANTE: ZURICH SEGUROS TAMBIEN ACTÚA COMO COSEGURO CUANDO EL BENEFICIARIO PRESENTA CONJUNTAMENTE RECETA DE OBRA SOCIAL O PREPAGA.

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 REDSOM: 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	<i>ANTILEUCEMICOS</i>
DISFUNCIÓN SEXUAL (Masculina y Femenina)	<i>ANTINEOPLASICOS</i>
(<i>TODOS</i>) INSUMOS ALIMENTACION PARENTERAL	<i>CALCITRIOL</i>
FLORES DE BACH	<i>CEREDASE (ENF. DE GAUCHER)</i>
AGONISTAS LH-RH	<i>CINTAS REACTIVAS</i>
ALIMENTICIOS EN GENERAL	<i>CITOSTATICOS, ONCOLOGICOS</i>
ANOREXIGENOS	<i>COADYUVANTES DE ONCOLOGIA</i>
ANOVIATORIOS Y ANTICONCEPTIVOS	<i>ESPECIFICOS PARA EL TRAT. ONCOLOGICO</i>
ANTIANDROGENICOS	<i>GLIADEL</i>
ANTIESTROGENICOS	<i>ERITROPOYETINAS</i>
D-NASA (ENFERMEDAD FIBROQUISTICA)	<i>FORMULAS MAGISTRALES</i>
INMUNOSUPRESORES E INMUNOMODULADORES	<i>HORMONAS DE CRECIMIENTO</i>
INTERFERON	<i>INMUNOSUPRESORES PARA TRASPLANTADOS</i>
L'ACETILCARNITINA	<i>ISOTETRINOINA</i>
MATERIAL DESCARTABLE	<i>LECHES DE TODO TIPO</i>
MEDIOS DE CONTRASTE	<i>MEDICAMENTOS PARA INTERNADOS</i>
HOSPITALARIOS	<i>PERFUMERIA</i>
TRAT. ENF. FIBROQUISTICA DEL PANCREAS	<i>TRAT. DE LA OBESIDAD</i>
TRAT. DEL SIDA	<i>SOMATOTROPINA</i>
PROD. PARA INHIBIR O PRODUCIR FERTILIDAD	<i>TRAT. DE LA FENILCETONURIA</i>
VENTA LIBRE y PRODUCTOS PARA CURACIONES	<i>TRAT. PARA</i>
<i>DROGADEPENDIENTES</i> BIOLÓGICOS	<i>ANTICUERPOS</i>
<i>MONOCLONALES</i>	<i>TRAT. DE ENFERMEDADES NEUROMUCULARES</i>
FARMACOS ANTIVIRALES (A EXCEPCION DE ACICLOVIR Y VALACICLOVIR)	<i>HIPOGLUCEMIANTES</i>
<p>Todos los productos que contengan alguna de las siguientes drogas:</p> <p align="center">ETANERCEPT - LINEZOLID - PALVIZUMAB</p>	

MUY IMPORTANTE

- El importe total del descuento a cargo de COLON SEGUROS / VIVAWELL no puede superar los \$ 1000, para el Plan REDSOM - no puede superar los \$ 3000, para ZURICH no puede superar \$ 7171. Si el descuento supera dichos topes el afiliado deberá abonar la diferencia entre la sumatoria total de los precios de venta al público de los productos autorizados y \$ 1000, \$ 3000 o \$ 7171 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 y si se autoriza o no medicación excluida de la cobertura - se adjunta modelo de autorización.

MODELO DE RECETA ELECTRONICA COLON / VIVAWELL


		 1000000		NOMBRE DEL PROFESIONAL O INSTITUCION PRESTADORA PRUEBA		Troquel 1	
APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO LUCIA HAUN							Troquel 2
Numero de Afiliado		Codigo Farmacia		Nro de Orden			
Edad 3 0		Sexo F M		Fecha de Emision 2 6 0 1 2 2		Fecha de Dispensacion	Troquel 3
Rp/1 valproico,ác. 250 mg Cápsulas/Sofigels x 50 unidades		Cant. Recetada en letras UN en numeros 1		CANTIDAD ENTREGADA		Precio Unitario Total % Obra Social	Troquel 4
Rp/2 hierro,sulfato 125 mg/ml Gotas orales x 1 unidades de 45 ml		Cant. Recetada en letras UN en numeros 1		CANTIDAD ENTREGADA		Precio Unitario Total % Obra Social	Troquel 5
Rp/3		Cant. Recetada en letras UN en numeros		CANTIDAD ENTREGADA		Precio Unitario Total % Obra Social	Troquel 6
Firma y sello, aclaratoria del profesional		Diagnostico Principal Nn		Total Receta A Cargo Del Afiliado A Cargo O.Social			
Matricula Nro.: 11111				SECURITY CODE: 38a@rllkyfv			

SOBRE LA PRESENTACIÓN:

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

- REDSOM
- ZURICH SEGUROS
- COLON-VIVAWELL
- COLON SEGUROS
- IAPSER ART
- IAPSER SEGUROS

MODELO DE AUTORIZACION

AUTORIZACION EXCLUSIVA PROVISION DE MEDICACION AMBULATORIA		 <small>PRESENTE EN TODO EL PAÍS</small> FACAF <small>FEDERACION ARGENTINA DE CAMARAS 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					
<div style="border: 2px solid black; width: 80%; margin: 0 auto; height: 200px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p style="text-align: center;">ACA VA LA IMAGEN DE LA RECETA PAPEL</p> </div>						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">CODIGO DE AUTORIZACION: XXXXXXX</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: right;">COLON / VIVAWELL - REDSOM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">AUTORIZACION MEDICACION EXCLUIDA DE LA COBERTURA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			CODIGO DE AUTORIZACION: XXXXXXX	COLON / VIVAWELL - REDSOM	AUTORIZACION MEDICACION EXCLUIDA DE LA COBERTURA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CODIGO DE AUTORIZACION: XXXXXXX	COLON / VIVAWELL - REDSOM					
AUTORIZACION MEDICACION EXCLUIDA DE LA COBERTURA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						