

Normas de atención

emergencias



DESCUENTOS A CARGO DE EMERGENCIAS S.A.

PLANES	DESCUENTO A CARGO
100 / 100 Plus / 200 / 200 Plus / Familia 10 / S100 / S200 / Senior 10 / S100 Plus / S200 Plus / 100 MEDICARDIO / AZUL MEDICARDIO / EMPLEADOS MEDICARDIO / ATENCIONES CF	20% (veinte porciento)
605 / 605 Plus / 710 / 710 Plus / Familia 20 / Familia 30 / S605 Plus / S710 Plus / Senior 30 / Comunidad / Medicardio / E-Salud / 200 MEDICARDIO / GOLD MEDICARDIO / PLATINUM MEDICARDIO / BLACK MEDICARDIO / DORADO MEDICARDIO / ESENCIAL + / ESTANDAR / PREFERENCIAL / PREMIUM	40% (cuarenta porciento)

VALIDACION ON LINE

OBLIGATORIA: ingresando con usuario y clave al link: <https://sinval.ddaval.com.ar/>

- Al ingresar el n° de afiliado el validador verifica automáticamente la situación del afiliado y determina el descuento a cargo según su plan de pertenencia.
- Para homologar su sistema de gestión remitir un mail a: franciscofigueroa@audibaires.com.ar solicitando la documentación correspondiente.

DOCUMENTACION DEL BENEFICIARIO

- Credencial Definitiva ó Provisoria (Plástica o Digital) y Receta

IMPORTANTE: El vencimiento que figura en algunas credenciales **NO TIENE VALIDEZ**



RECETARIO

TIPO	DE CUALQUIER TIPO incluyendo las digitales del sistema ÑMA
VALIDEZ	30 (treinta) días contados a partir de la fecha de prescripción.



Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:

- Nombre de la Entidad (en recetarios no oficiales)
- Apellido y Nombre del Beneficiario
- Número de Beneficiario (En caso de no corresponderse con la credencial la farmacia deberá aclararlo al dorso de la receta, avalando la corrección con la firma del beneficiario). Dicho número de beneficiario deberá figurar en el padrón en curso.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra cuando supere la unidad.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.
- Fecha de Prescripción
- Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.

LIMITE DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES	3 (tres)
POR RECETA	Hasta 6 (seis) envases.
POR RENGLON	Hasta 2 (dos) envases.
ANTIBIOTICOS INYECTABLES MONODOSIS	Hasta 5 (cinco) por receta.



LÍMITES DE TAMAÑOS

- Hasta 2 (Dos) del primer tamaño por renglón (con leyenda "Tratamiento Prolongado")
- Hasta 1 (uno) del segundo o tercer tamaño por renglón (con leyenda "Tratamiento Prolongado")

OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el medico NO indica tamaño, debe entregarse el de menor valor.
- Cuando el medico equivoca cantidad, debe entregarse el tamaño inmediato inferior.

PSICOFARMACOS

El profesional debe confeccionar además un segundo recetario de acuerdo a las normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder 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.



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 goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido que dificultan.



- 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).
- Consignar los importes: Total, A CARGO de EMERGENCIAS SA, A CARGO Afiliado.

Toda receta no presentada en el mes correspondiente podrá ser presentada hasta el mes siguiente. Pasado dicho plazo serán rechazadas.

EXCLUSIONES

Los descuentos indicados en este instructivo se aplican sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta incluidas en el Manual Farmacéutica o Agenda Kairos, con excepción de las comprendidas en el listado de "Grupos Terapéuticos Excluidos de la Cobertura".

AUTORIZACIONES ESPECIALES

Sólo podrán expendirse recetas que **NO** cumplan con los requisitos indicados en esta norma de atención, cuando se hallen autorizadas por **EMERGENCIAS SA**. Es válida la autorización por fax o correo electrónico que deberá adjuntarse a la receta. Ante la ausencia de un socio en el padrón, estando la receta correctamente confeccionada, la farmacia deberá solicitar una **AUTORIZACIÓN a EMERGENCIAS** que podrá ser expedida vía mail, teléfono o fax otorgando un **NÚMERO DE AUTORIZACIÓN** que deberá ser colocado en el reverso de la receta junto con el nombre de la persona que la otorgó y fecha.

Antes de rechazar una receta por cualquier inconveniente, la farmacia consultará a EMERGENCIAS SA, al tel. 0800-888-3637 de lunes a viernes de 08 a 20 Hs. o al Tel: 4323-0300 Interno 3918 de lunes a viernes de 9 a 18 hs.



PRESENTACION

Las recetas de los planes FAMILIA se presentan por separado del resto de los planes y por descuento, es decir, se debe presentar una carátula general (con la sumatoria total de la presentación), subdividida en los siguientes planes:

- PLANES AMBULATORIOS 40%
- PLANES FAMILIA 40%
- PLANES AMBULATORIO 20%
- PLANES FAMILIA 20%

El validador confecciona automáticamente los cierres según este requisito.

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



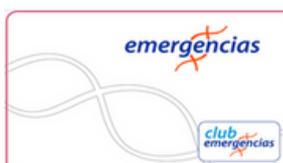
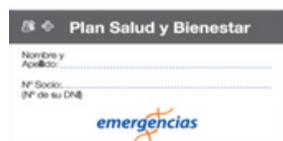
GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA

HOSPITALARIOS
 PERFUMERIA
 TRAT. ENF. FIBROQUÍSTICA DEL PANCREAS
 TRAT. DE LA OBESIDAD
 TRAT. DEL SIDA
 SOMATOTROPINA
 PROD. PARA INHIBIR O PRODUCIR FERTILIDAD
 TRAT. DE LA FENILCETONURIA
 VENTA LIBRE
 TRAT. PARA DROGADEPENDIENTES

Todos los productos que contengan alguna de las siguientes drogas:
 ETANERCEPT - LINEZOLID - PALVIZUMAB



MODELOS DE CREDENCIALES



CREDENCIAL VIRTUAL



MODELO RECETARIO ÜMA



MODELO DE RECETARIO OFICIAL

