

**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
<b>REDSOM</b>	50%	HASTA \$ 3000	Si
COLON / VIVAWELL	40%	HASTA \$ 1000	Si
ZURICH SEGUROS	40%	HASTA \$ <b>9811</b>	Si
COLON SEGUROS (Accidentes Personales)	100%	100%	Si
<b>IASPER ART / IASPER SEGUROS (Ap y Otros)</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>Si</b>

**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	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
ANOVIATORIOS 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 BIOLÓGICOS	ANTICUERPOS
MONOCLONALES	TRAT. DE ENFERMEDADES NEUROMUCULARES
FARMACOS ANTIVIRALES (A EXCEPCION DE ACICLOVIR Y VALACICLOVIR)	HIPOGLUCEMIANTES
<p>Todos los productos que contengan alguna de las siguientes drogas:</p> <p>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 toques 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**


				<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL O INSTITUCION</b> PRESTADORA PRUEBA		Troquel 1			
<b>APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO</b> LUCIA HAUN								Troquel 2	
Numero de Afiliado		Codigo Farmacia		Nro de Orden					
Edad		Sexo		Fecha de Emision		Fecha de Dispensacion			
Rp/1		Cant. Recetada en letras UN		CANTIDAD ENTREGADA		Precio Unitario			
valproico,ác. 250 mg Cápsulas/Sofrigels x 50 unidades		en numeros		1		Total			
Rp/2		Cant. Recetada en letras UN		CANTIDAD ENTREGADA		Precio Unitario			
hierro,sulfato 125 mg/ml Gotas orales x 1 unidades de 45 ml		en numeros		1		Total			
Rp/3		Cant. Recetada en letras UN		CANTIDAD ENTREGADA		Precio Unitario			
		en numeros		1		Total			
Firma y sello, aclaratoria del profesional		Diagnóstico Principal Nn		Total Receta					
Matricula Nro.: 11111				A Cargo Del Afiliado					
		SECURITY CODE: 38a8rllkyfv		A Cargo O.Social					
						Troquel 3			
						Troquel 4			
						Troquel 5			
						Troquel 6			

**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> <b>FACAF</b> <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: <b>XXXXXXX</b></td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">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: <b>XXXXXXX</b>	COLON / VIVAWELL - REDSOM	AUTORIZACION MEDICACION EXCLUIDA DE LA COBERTURA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
CODIGO DE AUTORIZACION: <b>XXXXXXX</b>	COLON / VIVAWELL - REDSOM					
AUTORIZACION MEDICACION EXCLUIDA DE LA COBERTURA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						