

Fecha de Vigencia: 01/07/2012

SWISS MEDICAL MEDICINA PRIVADA - QUALITAS- MEDICIEN-NUBIAL- APSOT- FSST- DOCTHOS – SMG LIFE		
1. AMBITO DE APLICACIÓN:		
<ul style="list-style-type: none"> • Todo el país 		
2. DESCUENTOS		
<i>Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor vigente al día del expendio, que figuran en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos.</i>		
Plan:	A cargo del afiliado:	A cargo de la entidad:
Ambulatorio	60%	40%
Planes Docthos	Descuento según credencial	
Apsot y FSST	50%	50%
PMI	0%	100%
PMO	30%	70%
Ver Detalle de Planes en Anexo 3		
3. REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES		
Recetario Convencional:	Convencional con membrete impreso o sello identificatorio en caso de Centros de Atención, Instituciones, Emergencias, Sanatorios u Hospitales	
	No se aceptarán recetarios con publicidades salvo que provengan de Hospitales Públicos.	
	Se aceptarán recetarios preimpresos por computadora siempre y cuando el sello y firma del profesional prescriptor sea en original.	
	No se aceptan fotocopias de recetas.	
Datos contenidos en la receta: (Los datos manuscritos por el profesional deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma)	Denominación de la entidad	
	Nombre del profesional o institución	
	Nombre, Apellido del afiliado y Número de afiliación (número de afiliado completo de 19 dígitos. Planes Apsot y Fsst: 11 dígitos).	
	Fecha de emisión de la receta.	
	Firma y sello aclaratorio del profesional. (El sello es obligatorio aún figurando las recetas impresas con los datos del profesional).	
	Detalle de los medicamentos	
	Cantidades de los medicamentos en números y letras	
	Leyenda <i>Tratamiento Prolongado</i> , si corresponde.	
Validez	30 (treinta) días a partir de la fecha de emisión e incluyendo la misma.	
a) para la venta:		
b) para la presentación:	60 (sesenta) días corridos, a partir de la fecha de venta e incluyendo la misma.	
c) Para la refacturación:	30 (treinta) días corridos a partir de haber recibido la liquidación.	
	<u>RECORDAR QUE LOS DEBITOS SON NO REFACTURABLES, SALVO ERRORES INHERENTES A LA AUDITORIA.</u>	
Cantidad máxima de Medicamentos y de envases por receta:	<u>Tratamiento Normal:</u> Hasta 3 (tres) medicamentos distintos por receta y hasta 1 (uno) envase por renglón.	
	<u>Tratamiento Prolongado:</u> Hasta 3 (tres) medicamentos distintos por receta y hasta 2 (dos) envases por renglón.	
Contenidos máximos de cada medicamento según su tamaño:	Tamaño especificado: Lo requerido en la receta.	
	Tamaño no especificado: Vender la menor presentación.	
	Especifica "grande": Vender la presentación siguiente a la de menor tamaño.	
Antibióticos inyectables:	Monodosis: hasta 6 (seis) ampollas individuales por receta.	

Psicofármacos: No se aceptan fotocopias de recetas.	Lista II (receta oficial):	Receta de Salud Pública Receta adjunta de la institución.
	Lista III y IV (receta archivada):	Receta oficial por duplicado, con sello y firma del médico, aún estando el sello impreso.
4. REQUISITOS DEL AFILIADO:		
Deberá presentar:	Credencial de afiliación en vigencia (Ver Anexo 1: Credenciales)	
	Receta correspondiente.	
Deberá verificarse:	Existencia del afiliado en el padrón	
5. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:		
La farmacia deberá cumplimentar lo sgte.:	Pegar con adhesivo o con cinta adhesiva transparente (no abrochar!!) el troquel con su código de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescriptos.	
	Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T.	
	Adjuntar a la receta Copia del Ticket Fiscal o Factura conteniendo: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de dispensación • Detalle de los medicamentos entregados • Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto. • Importes unitarios, totales y porcentaje a cargo de la entidad • Firma, aclaración de firma y número de documento de identidad (el cual deberá ser exhibido) de la persona que retira la receta. En el supuesto que se verifique que los datos de identificación del comprador no se ajusten a la realidad, SMMP se reserva el derecho a debitar las prestaciones objetadas aún cuando éstas hayan sido previamente abonadas. • De no contener la copia del Ticket Fiscal o Factura todos los datos precedentes, se deberá adjuntar un Presupuesto con el detalle de los mismos, además de la copia del Ticket Fiscal o Factura. • De no poder discriminar en ninguno de los tickets todos estos datos solicitados, será necesario el llenado manual del sello con la transcripción de importes al dorso de la receta, adjuntando también la copia del Ticket Fiscal o Factura. • Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico al dorso de la receta. 	
6. ENMIENDAS:		
Recordar:	Las correcciones y enmiendas en la prescripción de la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma. No se aceptarán recetas cuya caligrafía y/o tinta de la prescripción se perciban adulteradas y no se encuentren salvadas por el médico. Las correcciones y enmiendas en la dispensa de la receta deberán estar salvadas por el profesional farmacéutico con su sello y firma.	
7. VALIDACION ON LINE:		
<ul style="list-style-type: none"> • Todas las recetas de la Entidad deben validarse on line a excepción de aquellas que tengan una autorización de la Entidad, las cuales se dispensaran en forma manual. • Recuerde que al validar la receta debe cargar en el sistema de validación los mismos datos que se encuentran en la receta (afiliado, productos, cantidades, matrícula del profesional prescriptor, fechas, etc.) a fin de evitar inconvenientes posteriores debido a la no coincidencia de la validación on line con la receta física. • Recuerde que toda transacción on line aprobada, donde no se hizo efectiva la dispensa de un medicamento, deberá ser cancelada por la farmacia para evitarle inconvenientes al afiliado en su próxima compra. • Ante cualquier inconveniente con la validación puede llamar a la Mesa de Ayuda de Imed al 011-4346-5909 (Capital) ó al 0800-2224633 (Interior) 		
8. AUTORIZACIONES:		

Importante:	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de rechazar cualquier receta, llamar a (Farmalink al teléfono (011) 4814 - 7900, de lunes a viernes de 09 a 18 hs. o enviar su fax al número (011) 4814 - 7994. • Centro de Atención a Prestadores de SMMP: 0810-333-7737 • En los casos en que el número de afiliado de APSOT, APSOT Básico y/o FSST no se encuentre incluido en el padrón vigente al momento de la venta, se deberá comunicar con APSOT al 0800-122-8778 de Lunes a Viernes de 8 a 20 hs.
9. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:	
INCLUSIONES: <ul style="list-style-type: none"> • Consultar listado de productos cubiertos que se actualizará mensualmente y se publicará en la página web de Farmalink (www.farmalink.com.ar) 	EXCLUSIONES GENERALES: <ul style="list-style-type: none"> • Todo medicamento que se encuentre excluido de la cobertura podrá ser dispensado únicamente con una autorización de la Entidad. La receta al momento de la presentación deberá traer adjunta dicha autorización.

ANEXOS

Anexo 1 - Modelos de Credenciales Vigentes

Cred. Swiss Plata



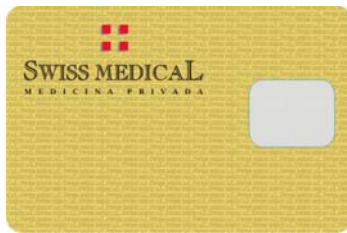
Cred. Plata SMG Santander



Cred. Qualitas Premium



Cred. SMG Oro



Cred. Qualitas Gris



Cred. Nubial Clásica



Cred. Nubial Quality



Cred. PMI



Cred. SMG Life



Cred. Docthos Básico



Cred. Docthos Family



Cred. Docthos Global



Cred. Docthos Grupo Salud



Cred. Docthos Plus



Cred. Docthos Premium



Modelos de Credenciales FSST y APSOT:



Anexo 2: Modelo de Recetario APSOT

PROVISION MEDICAMENTOS No facturar a la Obra Social antes del 15.04.2005 R.N.O.S. 4-0230

N° 090909-000004

APSOT Plan: APSOT 1

AV. MADRINO 547 PB (1136) BARRIO CAJ. FED. CUIT: 20-8442048-5

TREATAMIENTO PROLONGADO Se acompaña fotocopia de la receta original del médico adherido a esta Obra Social bajo el número 1

La provisión de dosis debe asegurar 30 días de tratamiento.

Rg. []

AFILIADO OBLIGATORIO

BENEFICIARIO Apellido y Nombre: PEREZ, JOSE LETRA: A

USO FARMACIA

Cantidad	Forma	Letra	Coste unitario \$	Importe \$	% A.C. O. Soc.
[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]

Total receta (€): []
A cargo beneficiario (€): []
A cargo O. Social (€): []

ROTULO 1 ROTULO 2 ROTULO 3 ROTULO 4
ROTULO 7 ROTULO 8 ROTULO 9

No utilizar broches para adherir los t
Código de Farmac. []
Firma []

14003209 1000093000

ORDEN DE RECETA PLAN MATERNO INFANTIL - Orden válida hasta el 29.04.2005 R.N.O.S. 4-0230

N° 090909-000029 Facturar 100% a la Obra Social.

APSOT Plan: APSOT 1

AV. MADRINO 547 PB (1136) BARRIO CAJ. FED. CUIT: 20-8442048-5

AFILIADO OBLIGATORIO

Fecha Prescripción []

BENEFICIARIO Apellido y Nombre: PEREZ, JOSE LETRA: B

USO FARMACIA

Cantidad	Forma	Letra	Coste unitario \$	Importe \$	% A.C. O. Soc.
[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]

Total receta (€): []
A cargo beneficiario (€): []
A cargo O. Social (€): []

PROFESIONAL: []
Matrícula [] CUIT []
Fecha y Firma Profesional []

ROTULO 1 ROTULO 2 ROTULO 3 ROTULO 4
ROTULO 7 ROTULO 8 ROTULO 9

No utilizar broches para adherir los t
Código de Farmac. []
Firma []

99000891920026000

Anexo 3: Detalle de Planes y descuentos.

Planes	Código	Nombre	% descuento
SWISS	140	SALUD 40	40
	150	SALUD 50	40
	240	SWISS MEDICAL GROUP 40	40
	250	SWISS MEDICAL GROUP 50	40
	260	SWISS MEDICAL GROUP 60	40
	265	IRSA3 65	40
	270	SWISS MEDICAL GROUP 70	40
	299	SWISS MEDICAL GROUP 100	40
	340	DIAGNOS 40	40
	350	DIAGNOS 50	40
	440	OPTAR 40	40
	450	OPTAR 50	40
	499	OPTAR 100	40
	540	NUBIAL 40	40
	550	NUBIAL 50	40
	640	MEDICIEN 40	40
	650	MEDICIEN 50	40
	740	TERCERA EDAD 40	40
	750	TERCERA EDAD 50	40
	840	QUALITAS 40	40
	850	QUALITAS 50	40
	940	SWISS MEDICAL GROUP 40	40
	C40	PLAN CLIO	40
	A40	APSOT 40	40
	A50	APSOT 50	50
	A60	APSOT 60	60
	F40	FATSA 40	40
	F50	FATSA 50	50
F60	FATSA 60	60	
L40	SMG LIFE 40	40	
DOCTHOS	292	30% GENERAL 292	30
	293	40% GENERAL 293	40
	294	50% GENERAL 294	50
	296	60% GENERAL 296	60
	297	65% GENERAL 297	65
	298	70% GENERAL 298	70
	232	75% GENERAL 232	75
	301	80% GENERAL 301	80
	302	30% GENERAL 302	30
	303	40% GENERAL 303	40
	304	50% GENERAL 304	50
	305	60% GENERAL 305	60
	306	65% GENERAL 306	65
	307	70% GENERAL 307	70
	308	75% GENERAL 308	75
	309	80% GENERAL 309	80
	310	50% PLUS C 310	50
	371	40% BASICA C 371	40
	373	50% GENERAL C 373	50
	429	40% GENERAL C 429	40
	430	40% PLUS C 430	40
	233	40% GENERAL C 233	40
	441	50% GENERAL C 441	50
	442	60% GENERAL C 442	60
	444	70% GENERAL C 444	70
	446	40% GENERAL C 446	40
	447	50% GENERAL C 447	50
	449	55% GENERAL 449	55
451	45% GENERAL C 451	45	
452	45% GENERAL C 452	45	
453	45% GENERAL 453	45	
454	55% GENERAL C 454	55	

Otras coberturas:

PLAN MEDICO OBLIGATORIO (PMO)	
CITOSTÁTICOS	Cobertura 100% con autorización desde Auditoría Médica de Farmacia.
MEDICACIÓN ANTIRETRO-VIRAL	Cobertura 100% con autorización desde Auditoría Médica de Farmacia.
PLAN DIABÉTICOS	<p>Insulinas y jeringas: cobertura 100% con autorización de SMMP. Hipoglucemiantes orales, tiras reactivas y lancetas: 70% con autorización de SMMP.</p> <p>Las autorizaciones llevarán los siguientes datos: -Número de autorización -Fecha de autorización -Detalle de la medicación prescrita por el médico en la receta. En caso de existir diferencias, SIEMPRE tomar como válido el medicamento de la receta. -Firma y aclaración del autorizante</p>
DISCAPACIDAD	Cobertura 100% con autorización de SMMP.
PLAN MATERNO INFANTIL (PMI)	
PLAN MATERNAL	100% con autorización desde Auditoría Médica de Farmacia solo para las recetas que no puedan validarse on line.
PLAN INFANTIL	100% con autorización desde Auditoría Médica de Farmacia solo para las recetas que no puedan validarse on line.
P.M.I. APSOT y FSST	100% sólo con bono de PMI (ver Recetario Apsot en Anexo 2)