Normas de atención

ASSISTRAVEL

FACAF
FEDERACIÓN ARGENTINA
DE CÁMARAS DE FARMACIAS

facaf.org.ar | Av. Madero 942, P. 12 | CABA 11 5912-4316

DESCUENTO A CARGO DE ASSITRAVEL

AMBULATORIO	**EXCLUSIVAMENTE CON AUTORIZACION** 100% hasta el importe tope indicado en la autorización Cuando el PVP de los productos autorizados superen dicho importe tope, el beneficiario deberá abonar la diferencia.

DOCUMENTACION DEL BENEFICIARIO

Documento de Identidad 

RECETARIO

TIPO DE RECETA	CONVENCIONAL/ DIGITAL
VALIDEZ	30 (TREINTA)días desde de la fecha de prescripción.



Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional y con la misma tinta:

- Apellido y nombre del paciente.
- Número de DOCUMENTO o CUIL.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra (si no se expresa cantidad se expenderá solamente uno).
- Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.
- Fecha de prescripción.
- Toda corrección o enmienda debe estar salvada por el médico con sello y firma.

Observación: La mayoría de las recetas que reciben nuestros pasajeros son digitales porque son brindadas a través de la modalidad de Video Consulta, salvo en los casos que sea recetado por el profesional de manera presencial.

LÍMITES DE CANTIDADES

SIN LÍMITES Ni de cantidades ni de renglones por receta

LÍMITES DE TAMAÑOS

SIN LIMITES

OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el medico NO indica tamaño, debe entregarse el de menor valor.
- Cuando el medico solo indica GRANDE, debe entregarse el tamaño siguiente al menor.
- Cuando el medico equivoca cantidad, debe entregarse 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

ASSISTRAVEL reconoce todos los productos de venta bajo receta incluidos en el Manual Farmacéutico y los de Venta Libre

Observación: No cubrimos material de curaciones porque se considera enfermería y no cubrimos enfermería.

MUY IMPORTANTE

Antes de rechazar una receta por no cumplir con los requisitos de esta norma operativa, comunicarse al teléfono 0800-444-2774 LAS 24HS

AUTORIZACIONES

ASSISTRAVEL S.A. remitirá a la farmacia vía mail la autorización correspondiente, en la que se indica: apellido y nombre del beneficiario, número de documento y productos autorizados.

El beneficiario se presentará en la farmacia con la receta, documento de identidad e indicará que pertenece a ASSISTRAVEL. ***NO DEBE SOLICITARSE CREDENCIAL.***

La autorización, que con anterioridad ASSISTRAVEL remitió vía mail a la farmacia, debe adjuntarse a la receta correspondiente.

Todo expendio que no posea la autorización correspondiente, será indefectiblemente rechazado.

MODELO DE AUTORIZACION

De: operaciones@assistravel.com
Enviado el: lunes, de mayo de 2023 04:02 PM
Para: .....
Asunto: Autorización de Medicación

Buen día, autorización Nª 2030404

1. Paciente: .....
2. DNI: .....
3. Medicación: .....

Ante cualquier duda comunicarse al **0800-444-2774** o al WhatsApp **11 5263 8406** las 24 hs.

Observación: Respecto a esto, lo que recibirán es un adjunto que es nuestra GOP (guarantee of payment) que tiene todos los datos del paciente, los productos autorizados y también el monto autorizado.