Normas de atención

Obra Social del personal superior MERCEDES-BENZ ARGENTINA

FACAF
FEDERACIÓN ARGENTINA DE CÁMARAS DE FARMACIAS

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

DESCUENTO A CARGO DE MERCEDES BENZ ARGENTINA	
NARANJA SAMI OSMECON AMBULATORIO	40% para productos del VDM PLAN BASICO
NARANJA SAMI OSMECON CRÓNICOS	• 70% o 100% para productos crónicos del VDM PLAN BÁSICO CRÓNICO • 40% el resto de los productos del VDM PLAN BÁSICO CRÓNICO
NARANJA SAMI OSMECON PMI	100% para los productos del VDM PLAN BASICO PMI
PERTENECER SAMI OSMECON AMBULATORIO	40% para los productos del VDM PLAN SUPERADOR
PERTENECER SAMI OSMECON CRÓNICOS	• 70% o 100% para productos crónicos del VDM PLAN SUPERADOR • 40% el resto de los productos del VDM PLAN SUPERADOR
PERTENECER SAMI OSMECON PMI	100% para los productos del VDM PLAN SUPERADOR
ORO WILLIAM HOPE / PREMIUM SAMI AMBULATORIO	40% para todos los productos de venta bajo receta incluidos en el Manual Farmacéutico (Ver exclusiones)
ORO WILLIAM HOPE / PREMIUM SAMI CRÓNICOS	40% 70% o 100% para los productos de venta bajo receta incluidos en el Manual Farmacéutico. El porcentaje de descuento lo determina el validador. (Ver exclusiones)
ORO WILLIAM HOPE / PREMIUM SAMI PMI	100% para los productos de venta bajo receta incluidos en el Manual Farmacéutico (Ver exclusiones)
DISCAPACIDAD	100% con la presentación del certificado de discapacidad físico o digital (CUD) para todos los medicamentos incluidos en el manual farmacéutico

VALIDACIÓN ON LINE OBLIGATORIA

Ingresando al sitio: **https://sinval.ddaval.com.ar/**
Para homologar su sistema de gestión comunicarse vía mail a la siguiente dirección:
soporte@audibaires.com.ar

Las recetas no validadas serán indefectiblemente debitadas, salvo expresa autorización. Recuerde que toda transacción on-line aprobada, donde no se hizo efectiva la dispensa de un medicamento deberá ser cancelada para evitarle inconvenientes al afiliado en su próxima compra.

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

Los afiliados deberán presentar Credencial DNI y Receta

RECETARIO

TIPO DE RECETA	**CONVENCIONAL / DIGITAL** (IMPRESO). No se aceptan recetarios de propaganda médica salvo que la receta sea de un Hospital público.
VALIDEZ	30 días incluyendo la fecha de prescripción

Deben figurar los siguientes datos:

- Fecha de prescripción
- Nombre de la obra social (MERCEDES BENZ - WILLIAM HOPE - OSPSMBA)
  En caso de NO figurar el/la farmacéutico/a puede agregarlo manualmente.
- Apellido y nombre del beneficiario
- N° de beneficiario
- Diagnóstico (excluyente)
- Medicamentos prescriptos por nombre genérico según ley 25.649; y cantidad de c/u en números y letra, aceptando sugerencia de marca.
- Firma de puño y letra y sello con número de matrícula del profesional (excepto en recetario digitales)
- El sello es obligatorio aún figurando las recetas impresas con los datos del profesional
- Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma
- Cantidades de los medicamentos en números y letras
- Leyenda TRATAMIENTO PROLONGADO (si corresponde)
- NO se aceptan recetas fotocopiadas
- Firma, aclaración de firma y número de documento de identidad el cual deberá ser exhibido la persona que retire la receta

IMPORTANTE: La ausencia de estos datos en la receta es Motivo de Débito.

LÍMITES DE CANTIDADES

	Tratamiento normal	Tratamiento prolongado
CANTIDAD DE RENGLONES	3 (tres)	3 (tres)
CANTIDAD DE ENVASES POR RENGLÓN	Hasta 1 (un) envase	Hasta 2 (dos) envases
CANTIDAD DE ENVASES POR RECETA	Hasta 3 (tres) envases	Hasta 6 (seis) envases
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS	Hasta 6 (seis) por receta	Hasta 6 (seis) por receta
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS	Hasta 1 (uno) por receta	Hasta 1 (uno) por receta

LÍMITES DE TAMAÑO

NARANJA y PERTENECER SAMI OSMECON	Los tamaños incluidos en sus respectivos VDM´S
ORO WILLIAM HOPE PREMIUM SAMI	Hasta 2 (dos) del mayor tamaño por renglón con leyenda TRATAMIENTO PROLONGADO

OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el médico NO indica el tamaño deberá entregarse el de menor tamaño
- Si indica tamaño GRANDE debera entregarse el siguiente al de menor tamaño

PSICOFÁRMACOS

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.
No tiene validez la receta fotocopiada.

PLAN MATERNO INFANTIL

Los descuentos se aplican en medicamentos para la madre, desde el momento de la detección del embarazo hasta 30 días posteriores al parto y para el recién nacido hasta el año de vida.
LECHES MEDICAMENTOSAS EN TODOS LOS PLANES 100% de descuento, hasta 4 kg/mes y hasta los 3 meses de edad.

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 la lectura del código de barras).

DEBE CONTENER:

- 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.
- Consignar los importes: Total, A CARGO de OSPSMBA, A CARGO Afiliado.
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento.
- Adjuntar copia del ticket de venta a la receta. En caso de no poder hacerlo notifique por escrito las razones.
- Adjuntar constancia de validación on-line con los datos de dispensa y firma.

Si a la receta se adjunta la constancia de validación on-line impresa donde constan todos los datos requerido en este ítem con firma, aclaración y N° de documento del beneficiario o tercero, la farmacia podrá omitir consignar los importe manualmente.

IMPORTANTE: La ausencia de estos requerimientos en la liquidación es Motivo de Débito.

AUTORIZACIONES ESPECIALES

Los productos fuera de VDM, mayores porcentajes de cobertura, productos no cubiertos, podrán ser expendidos siempre que se encuentren autorizados exclusivamente por los médicos auditores de la Obra Social.
Los antidiabéticos orales requieren autorización previa para TODOS los planes sin excepción.

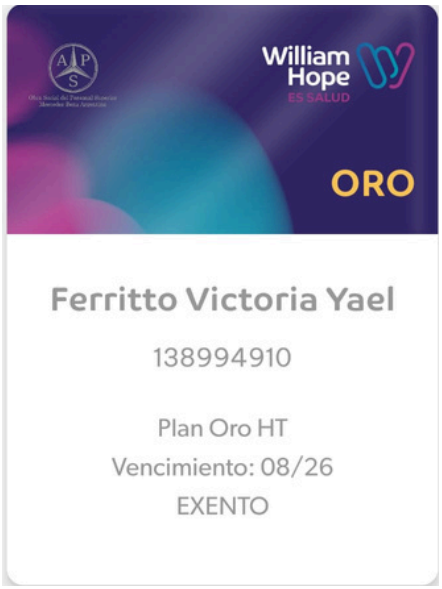
EXCLUSIONES

- ANOVULATORIOS (Excepto si el médico indica en la receta la prescripción con fines terapéuticos)
- ARTÍCULOS DE CAUCHO O PLÁSTICO (Bolsas, cánulas, tubos, sondas de todo tipo, jeringas de goma, etc.).
- ARTÍCULOS DE TOCADOR o BELLEZA (Jabones, lociones, champúes,emulsiones, etc.)
- CEPILLOS (Todos)
- CITOSTÁTICOS, ONCOLÓGICOS MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS PARA TRATAMIENTO ONCOLÓGICO
- CREMAS MEDICAMENTOSAS QUE SEAN DE VENTA LIBRE.
- ENVASES HOSPITALARIOS.
- FÓRMULAS MAGISTRALES HOMEOPÁTICAS o ALOPÁTICAS.
- LECHES DE TODO TIPO EXCEPTO LA CUBIERTAS EN EL PLAN PMI
- HERBORISTERÍA.
- INSULINAS y TIRAS REACTIVAS
- INTERFERÓN
- LIMPIA Y FIJA DENTADURAS
- PASTAS, POLVOS, LÍQUIDOS DENTÍFRICOS.
- PRODUCTOS DIETÉTICOS.
- PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL
- PRODUCTOS PARA TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD.
- PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DEL SIDA.
- TODOS LOS PRODUCTOS QUE CONTENGAN LA DROGA Y/O PRINCIPIO ACTIVO:
  1. ETANERCEPT (EJ.:ENBREL)
  2. LINEZOLID (ZYVOX ORAL)
- VACUNAS INCLUIDAS EN EL CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN
- VENTA LIBRE

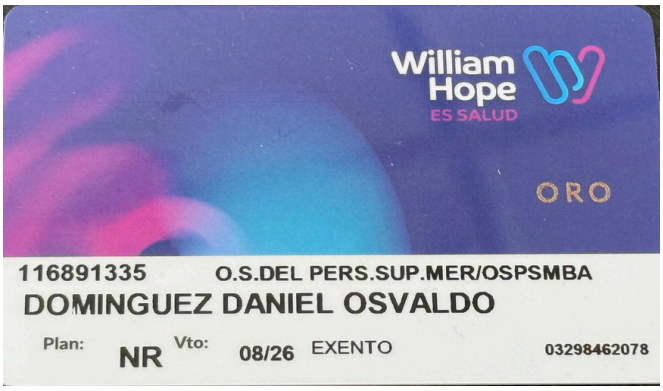


MODELO DE CREDENCIAL

DIGITAL



FÍSICA





MODELO DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

DIGITAL



FÍSICO

