Normas de atención

Grupo L&L SALUD
GERENCIADORA DE SALUD

FACAF
FEDERACIÓN ARGENTINA DE CÁMARAS DE FARMACIAS

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

VALIDACIÓN OBLIGATORIA

La validación on line de las recetas de L & L SALUD es obligatoria.
Al validador se accede desde el siguiente link: **https://sinval.ddaval.com.ar/**
Si Uds. desea homologar su software de gestión favor de enviar la correspondiente solicitud al mail: **soporte@audibaires.com.ar**
Para acceder al validador se requiere de usuario y password, en caso de no contar con dichas claves, favor de solicitarlas a su entidad representativa.

DESCUENTO A CARGO DE L&L SALUD (Pacientes ambulatorios)

GENERAL	40 % (cuarenta porciento)
PLAN MATERNO INFANTIL	100 % (cien porciento)
PATOLOGIAS CRONICAS Y ESPECIALES	70% (setenta porciento)
ESPECIALES	40%-70%-100%

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

- Credencial (según muestra)
- Habilitación del Beneficiario (Debe figurar en el padrón)
- Documento de Identidad (DNI, LC, LE)



No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada.

RECETARIO	
TIPO	**De todo tipo** con membrete pre impreso (Médico Particular o de institución). **No se aceptan** recetarios sin membrete (por ejemplo: en blanco, de publicidad de medicamentos, etc.). En caso de Hospital Público, se acepta recetario con sello identificatorio.
VALIDEZ	El día de la prescripción y los 30 días siguientes, aun cuando se encuentre autorizada por GARANTÍA MÉDICA



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

- Denominación de la Entidad (*)
- Nombre y Apellido del paciente.
- Número de afiliado (*).
- Diagnóstico.
- ***Medicamentos recetados por principio activo.*** Podrá indicar una marca sugerida, y el profesional farmacéutico sustituirla por una especialidad medicinal que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades incluida en el Vademécum. **Se rechazarán recetas que no presenten principio activo + forma farmacológica + potencia.**
- Cantidad de cada medicamento (cuando se prescriba más de una cantidad debe estar escrita en números y letras).
- Leyenda Plan Materno infantil o similar (sólo en PMI).
- Semanas o meses de embarazo o días de postparto en caso de la madre y Meses de vida en el caso del niño (solo en PMI).
- Firma y sello del médico con número de matrícula y aclaración.
- Fecha de prescripción (no es válido el sello fechador).
- Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción deben estar salvadas por el profesional con su firma y sello.

(*) Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia debe repetirlo al dorso, en forma clara y correcta, indicando junto al número consignado por el médico la frase "ver al dorso". El beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad.
(**) Quedan exceptuadas de este requisito las recetas que se encuentren autorizadas por Garantía Médica.

PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS PREVALENTES

- No es requisito indicar tratamiento prolongado en la receta.
- Se podrán dispensar las unidades y cantidades autorizadas para cada medicación.
- Se aceptan hasta 5 (cinco) copias de la receta original, válidas hasta 180 días desde la fecha de prescripción.

LÍMITES DE CANTIDADES

	Sin Tratamiento Prolongado	Con Tratamiento Prolongado
RENGLONES POR RECETA	Hasta 2 (dos)	Hasta 2 (dos)
ENVASES	Hasta 1 (uno) de tamaño menor	Hasta 1 (uno) siguiente al menor

	Presentación	Entregar
ANTIBIOTICOS INYECTABLES	Envase de 1 (una) ampolla o frasco Ampolla.	Hasta 5 (cinco)

TRATAMINETO PROLONGADO

Cuando el médico coloca de su puño y letra la frase **"Tratamiento Prolongado"**, su equivalente o abreviaturas, pueden expenderse las cantidades indicadas en la columna "Con Tratamiento Prolongado". Debe indicarse además el tamaño y/o contenido de cada uno por lo que, de omitirse este requisito, sólo se entregará un envase del menor tamaño y/o contenido existente.

PSICOFARMACOS

El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia

OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el medico NO indica tamaño, debe etregarse el de menor contenido.
- Cuando el medico solo indica GRANDE, debe entregarse el tamaño siguiente al menor.
- Cuando el medico equivoca cantidad, debe entregarse el tamaño inmediato inferior.

PLAN MATERNO INFANTIL

TIEMPO DE COBERTURA:
- Madre: hasta 30 (treinta) días posteriores al parto.
- Niño: hasta el año de vida.

HABILITACIÓN DEL BENEFICIARIO:
- El profesional deberá indicar de puño y letra la leyenda "**Plan Materno Infantil**" o "**PMI**" junto con la cantidad de semanas / meses de embarazo, fecha probable de parto o días de posparto (en el caso de la madre); y meses de vida (en el caso del niño).

RECETARIO:
- Igual a la cobertura general. **NO requiere autorización previa.**

PRODUCTOS CUBIERTOS:
- Medicamentos: Identificados en el vademécum columna "PMI 100%".
- *Leches de todo tipo*: Excluidas de la cobertura.

LÍMITES DE CANTIDADES:
- Igual a la cobertura general.

COBERTURA

Los descuentos mencionados se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM VIGENTE.

AUTORIZACIONES ESPECIALES

Sólo podrán expenderse recetas que **NO cumplan** con todos los requisitos (por ejemplo, beneficiarios fuera de padrón, productos no cubiertos, etc.) y/o Patologías Crónicas cuando se hallen autorizadas únicamente por GARANTÍA MÉDICA, mediante cualquiera de las siguientes modalidades: mail, fax, remito-página web (ver instructivo del punto 16).
- Comprobante de Autorizaciones Especiales a través de la página de Garantía Médica www.garantiamedica.com.
- Autorización vía fax o e-mail para lo cual Garantía Médica se contactará con su farmacia.

ATENCIÓN:
Para la cobertura de medicamentos para pacientes con Patologías Crónicas es válido el expendio con fotocopia de la prescripción original. En ese caso, se aceptan hasta 2 (dos) fotocopias de la receta original, válidas hasta 90 días desde la fecha de prescripción.

MEDICAMENTOS FALTANTES

Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya trascurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA



- Fecha de venta.
- Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo.
- Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad y totales), cuando no los especifique el ticket.
- Adjuntar: Ticket fiscal, documento no fiscal HOMOLOGADO, duplicado o triplicado del ticket fiscal, factura A, B o C.
- Sello de la farmacia y firma del farmacéutico.
- Firma y aclaración de quien retira los medicamentos.
- Colocar en la receta el número de orden correspondiente.
- Adjuntar los troqueles de acuerdo al orden de la prescripción, incluyendo el código de barras, adherirlos con goma de pegar.
- Los troqueles deben encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo, sin signos de desgaste, sin impresiones mediante sello de cualquier tipo de leyendas legibles o no, sin diferencias en tamaño, grosor y/o color de troquel para un mismo producto, presentación y lote. No deberán presentar cualquier otro signo que otorgue carácter dudoso al troquel.
- Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa

PRESENTACION DE RECETAS

Las recetas liquidadas deben estar acompañadas por el detalle correspondiente, que incluya: Encabezado del detalle:

- Nombre de la farmacia
- Domicilio de la farmacia
- CUIT de la farmacia
- Entidad
- Período liquidado

De las recetas:

- Número de orden
- Número de afiliado
- Nombre y apellido del afiliado
- Número de troquel
- Producto
- Presentación
- Fecha de prescripción
- Fecha de venta
- Matricula Medico (tipo y número)
- Nombre y apellido del médico
- Cantidad de envases
- Precio unitario
- Precito total
- % de descuento
- Total a cargo de la entidad

ATENCIÓN DE CONSULTAS

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, podrá comunicarse con GARANTIA MEDICA a los teléfonos (011) 45484827 / 4548-4828 / 4548-4829 o al WhatsApp (011) 7039-7215, de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hs.

MODELO DE CREDENCIALES





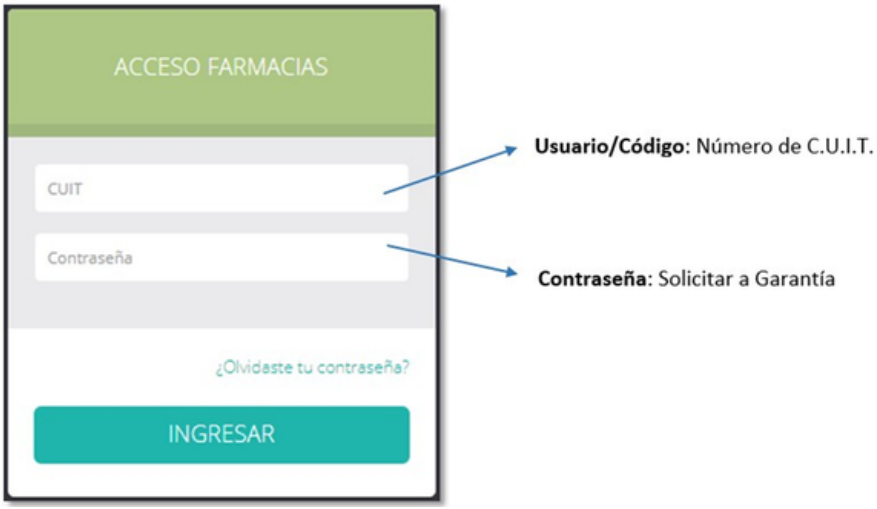
INSTRUCTIVO DE AUTOTIZACIONES WEB

El remito, comprobante de la autorización, sólo rige para lo que se encuentre expresamente autorizado en él (afiliado, medicación y cantidad de envases). Por lo tanto, su farmacia debe corroborar el cumplimiento del resto de los requerimientos formales de la receta indicados en las normas de atención antes de efectuar el expendio. El remito debe emitirse en el momento de la dispensa y adjuntarlo a la receta para su liquidación.

- Ingresar a **www.garantiamedica.com** en parte inferior de la web encontrarán el siguiente icono:



- Al cliquear en "Acceso Farmacias" el sistema solicitará usuario y contraseña (Colocar usuario y contraseña asignados):

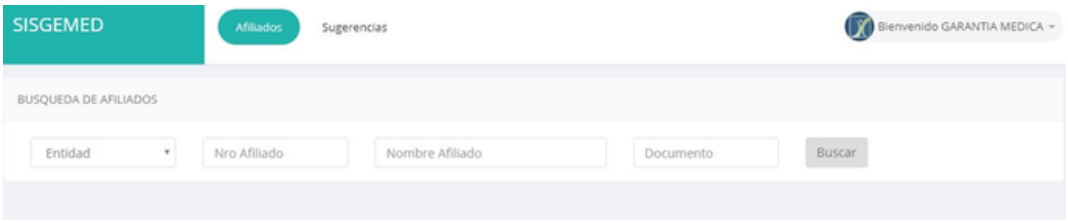


- Luego de colocar usuario y contraseña accederán al resumen de solicitudes registradas (siempre que se encuentre registrado):

Para consultar entregas pendientes o historial de entregas, coloque uno de los datos detallados y luego el boton BUSCAR

INSTRUCTIVO DE AUTOTIZACIONES WEB

Nro. afiliado
Nombre afiliado
Documento (se recomienda)



- Cuando haya visualizado el afiliado, y verificado la entidad a la que este pertenece, deberá presionar en la columna "Ver" alguna de las siguientes opciones:

  Entregas: para generar el remito/comprobante, o

  Historial: para ver los registros históricos del paciente

- ***Generación de Remito***: Opción **Entregas**: detalle de medicación Autorizada:



- El sistema solicitará confirmación para generar la entrega:



INSTRUCTIVO DE AUTOTIZACIONES WEB

- Una vez aceptada la generación, el sistema dará una vista previa del comprobante:



OBRA SOCIAL: Remito #
Farmacia: Fecha:
Dirección: CUIT:
Afiliado:

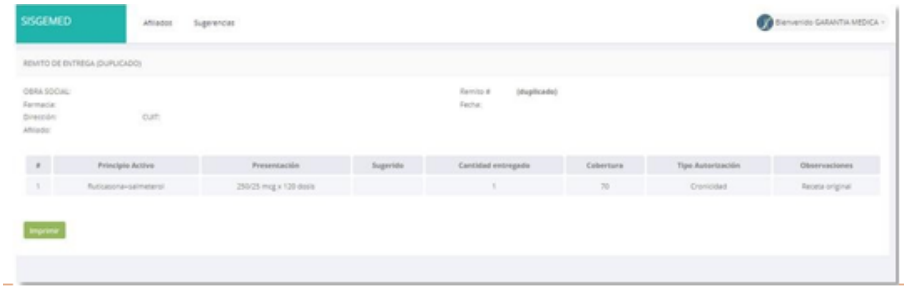
Principio Activo	Presentación	Sugerido	Cantidad entregado	Cobertura	Tipo Autorización	Observaciones
fluticasona+salmeterol	250/25 mcg x 120 dosis		1	70	Cronicidad	Receta original

- ***Verificación del Historial de Entregas***: Opción **Historial** detalle de medicación entregada y/o Vencida, también se podrá Anular y/o Reimprimir de remitos.

En caso que haya generado mal una entrega, el sistema le permite cancelarla para realizarla nuevamente.



En caso de requerir una reimpresión podrá hacerlo desde el historial:



Se verá la observación “Duplicado“

OBRA SOCIAL: Remito # (duplicado)
Farmacia: Fecha:
Dirección: CUIT:
Afiliado:

Principio Activo	Presentación	Sugerido	Cantidad entregado	Cobertura	Tipo Autorización	Observaciones
fluticasona+salmeterol	250/25 mcg x 120 dosis		1	70	Cronicidad	Receta original

INSTRUCTIVO DE AUTOTIZACIONES WEB

Salir del sistema: cerrar sesión

