

COBERTURA: TODA LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (TODOS LOS PLANES)

VALIDACION OBLIGATORIA

1. Datos de la Credencial

The diagram shows a brown membership card with the following fields and labels:

- Nuestro Logo:** Points to the AcaSalud logo and name at the top left.
- Nº de Asociados:** Points to the number **038560 03** (Número de socio).
- Nombre y Apellido:** Points to the name **RODRIGUEZ CARLOS ALBERTO JOAQUIN** (Apellido y nombre).
- Tipo y Nº de Documento:** Points to the DNI **24832564** (Doc. Identidad).
- O.M.I.N.T.:** Points to the text **O.M.I.N.T.** (Obra Social).
- Fecha de Vigencia:** Points to the date **08/2007** (Ene. Vigencia).
- Situación ante el IVA:** Points to the text **EXENTO** (Categoría IVA).
- Tipo de Credencial:** Points to the text **UNIVERSAL +** and a map of Argentina.
- Modelo Plan:** Points to the number **21** (Plan).
- Nº de Agencia:** Points to the number **098** (Agencia).
- Cobertura de Medicamentos: Porcentaje a cargo de ACA SALUD:** Points to the percentage **50%** (Cob. Med.).

2. Tipo de Credenciales

TIPO DE CREDENCIALES	PLANES
	<p>23</p> <p>21</p> <p>20</p>
	<p>7</p>
	<p>1</p> <p>4</p> <p>11</p> <p>14</p> <p>18</p>
	<p>2 *</p> <p>3 *</p> <p>9</p>

(*) Panes 2 y 3 : SIN COBERTURA EN MEDICAMENTOS

TIPO DE CREDENCIALES	PLANES
	50
	

2.1. El porcentaje de cobertura a cargo de Aca Salud consta en la credencial. Ver ejemplo en punto 1 – Datos de la Credencial.

2.2. Habilitación del Beneficiario según validación on-line	Ingresar el número de beneficiario de acuerdo a como figura en la credencial tal como se muestra en el siguiente ejemplo: <table border="1" style="margin: 5px auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">038560 03</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">03856003</td> </tr> </table>	038560 03	03856003
038560 03	03856003		

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

3.1. Prescripción médica en recetarios de médicos o de Instituciones:	<p>Debe validarse por on-line. Coberturas acorde a lo informado vía Centro Autorizador.</p> <p>En caso de problemas con la conexión el porcentaje informado en la credencial corresponde a la cobertura a cargo de Aca Salud.</p> <p>Una vez restablecido el sistema validar la prescripción por on-line.</p>
---	--

3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:	<ul style="list-style-type: none"> Nombre y apellido del paciente ; Número de afiliado (*) Diagnóstico (dato opcional); Medicamentos recetados por principio activo, pudiendo indicarse una marca sugerida, incluida en el Vademécum; Cantidad de cada medicamento; Firma y sello con número de matrícula y aclaración; Fecha de prescripción; <p style="font-size: small; margin-top: 10px;">(*) Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia debe repetirlo en forma clara y correcta.</p>
---	--

Troquelado: SI (Completo N° y código de barra)

Enmiendas: Por el Médico: SI
 Por el Farmacéutico: SI
 Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI

- **Productos cubiertos y límites de cantidades:** los indicados en dicha orden.
- **Plazo de validez:** **15 días.** Debe calcularse a partir de la fecha de autorización, no de la fecha de prescripción.

NO REQUIERE AUTORIZACION ON-LINE

Si la transacción resulta **RECHAZADA** ver en el comprobante el/los motivos del rechazo.
Ejemplos:

"Requiere intervención médica de Aca Salud": Debe intervenir Aca Salud previamente, evite el expendio.

quien deberá concurrir a la Agencia más cercana de Aca Salud para su correspondiente resolución. De ser reconocido, Aca Salud emitirá una orden de autorización previa (ver punto 9.1.) con la descripción de los productos en cuestión que lo habilitará y facturación.

"Prestación anulada"

Salud para su expediente de transacción **"a"**: Si uno de los medicamentos ingresados en una receta no está cubierto o requiere intervención de Aca Salud para la autorización se rechaza en su totalidad, por lo tanto, al resto de medicamentos que comparten dicha autorización.

"Afiliado no habilitado"

"La (B)": Asociado No habilitado al consumo.

11.1. Límites de cantidades:

	Sin Tratamiento Prolongado	Con Tratamiento Prolongado ^(5.2)
Reglones por receta:	Hasta 3 (tres) de distinta droga o potencia	Hasta 3 (tres) de distinta droga o potencia
Envases por renglón:	Hasta 1 (uno) de cualquier tamaño	Hasta 2 (dos) de cualquier tamaño

11.2. Tratamiento Prolongado:

Cuando el médico coloca de su puño y letra la frase *"Tratamiento prolongado"*, su equivalente o abreviaturas, pueden expendirse las cantidades que se indican en la columna "con T.P.". 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.

11.3. Sueros y Antibióticos Inyectables:

Presentación	Entregar
Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	Hasta 4 (cuatro)

11.4. Psicofármacos:

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

11.5. Otras especificaciones:

Cuando el médico:	Debe entregarse:
No especifica cantidades	El envase de menor contenido.
Sólo indica la palabra "grande"	La presentación siguiente a la menor.
Equivoca cantidad y/o contenido	El tamaño inmediato inferior al indicado

12. Programa Anticoncepción Oral (ACO)

12.1. Requisitos:

- Recetario válido únicamente para la prescripción de anticonceptivos orales** (según muestra).
- Cabe destacar que el mismo **NO requiere previa autorización**, pero debe **VALIDARSE OBLIGATORIAMENTE POR SISTEMA ONLINE**. Caso contrario, es motivo de rechazo del mismo.
- Los **datos del afiliado** (Apellido y Nombre, Número de Socio, etc.) deben figurar **pre-impresos**.
- Medicación prescripta, fecha, firma y sello del profesional deben figurar en original y de puño y letra.

12.2. Validez de la receta:

El día de la prescripción y los **360 días** posteriores.

12.3. Consideraciones:

-  **Descuento** a aplicar y **productos cubiertos**: Según indique el sistema de **validación online**.
-  Límite de cantidades: **hasta 2 (dos) envases** del mismo producto por receta.
-  Continúa siendo válida la prescripción de anticonceptivos orales en recetas distintos al indicado.

12.4. Muestra del recetario:



Apellido, Nombre
999999/99
Edad: 99
EMS: Anticoncepción

Rp.

*Dx. Anticoncepción Hormonal
Z30 - C37*

.....

Fecha Firma y Sello

Válido para dispensa de medicamento hasta 360 días de fecha de prescripción. Válido hasta 2 (dos) Productos por Mes.
Este recetario requiere validación on-line o vía web.

Si bien el formulario consta de varios cuerpos, la socia presentará cada uno como recetario independiente.