

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

VALIDACION OBLIGATORIA

### 1. Datos de la Credencial



**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:

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.

### **Recetario:**

3.1. Prescripción médica en recetarios de médicos o de Instituciones:

**Debe validarse por on-line. Coberturas acorde a lo informado vía Centro Autorizador.**

**En caso de problemas con la conexión el porcentaje informado en la credencial corresponde a la cobertura a cargo de Aca Salud.**

**Una vez restablecido el sistema validar la prescripción por on-line.**

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

- 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;

*(\*) Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia debe repetirlo en forma clara y correcta.*

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

**Enmiendas:** Por el Médico: SI

Por el Farmacéutico: SI

Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI

### 4. Validez de la receta:

El día de la prescripción y los **30** días siguientes.

### 5. Topes de cobertura:

5.1. Las normas que determinan los topes en las coberturas (cantidad de medicamentos por día-por semana-por mes) son internas, dinámicas y están relacionadas con la historia clínica integral de cada asociado. En el caso de rechazo del centro autorizador el asociado deberá concurrir a la Agencia/Filial más cercana de Aca Salud con la/s prescripción/es rechazadas e historias clínicas correspondientes. Ver punto 10.

### 6. Plan Materno Infantil:

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| 6.1. Descuento:           | • <b>100% según validación on line</b>           |
| 6.2. Productos Cubiertos: | Medicamentos cubiertos según validación on-line. |

### 7. Pacientes con Patologías Crónicas:

7.1. Recetario Especial de Medicamentos: **no debe autorizarse on-line**



**Autorización:** de la Auditoría Médica de Aca Salud (en el casillero "Profesional Interviniente").

**Validez de la receta:** 30 (treinta) días desde su fecha de prescripción.

**Productos cubiertos y límites de cantidades:** Los indicados en este recetario especial.

**Renglones por receta:** Lo que se encuentre autorizado.

**Descuento:** El que figure preimpreso. Cuando indica "Res. 310" debe aplicarse el Monto Fijo indicado en el Vademécum para Patologías Crónicas.

**Facturación:** Al momento de la facturación hacer referencia al nro. de orden señalado en la imagen

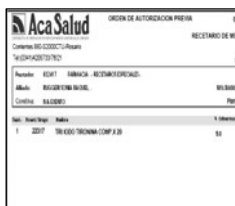
**NO REQUIERE AUTORIZACION ON-LINE**

### 8. Productos cubiertos:

Los descuentos se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales APROBADAS POR EL SISTEMA DE VALIDACIÓN ON LINE.

### 9. Autorizaciones Especiales:

9.1. La siguiente **Orden de Autorización Previa** (según muestra) es válida para efectuar autorizaciones por productos que así lo requieran y cualquier otra excepción a la norma. Debe estar **acompañada sin excepción por la orden médica** correspondiente para su expendio.



**Porcentaje de cobertura a cargo de Aca Salud**

- **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

## 10. Transacciones On Line Rechazadas:

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 gasto de dinero.

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 para su posterior venta y facturación.

**"Prestación anulada Salud para su experiencia 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.

**"Afilado no habilitado (B)":** Asociado No habilitado al consumo.

**"Afilado no habilitado (B)":** Asociado No habilitado al consumo.





**"Afilado no habilitado (B)":** Asociado No habilitado al consumo.

**"Afilado no habilitado (B)":** Asociado No habilitado al consumo.

## 11. Topes de cobertura (exclusivo para farmacias sin conexión on-line)

11.1. Límites de cantidades:		
	<b>Sin Tratamiento Prolongado</b>	<b>Con Tratamiento Prolongado <sup>(5.2)</sup></b>
Renglones 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 " <i>Tratamiento prolongado</i> ", 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:	<b>Presentación</b>	<b>Entregar</b>
	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:	<b>Cuando el médico:</b> No especifica cantidades	<b>Debe entregarse:</b> 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 prescrita, 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.

# Instructivo Farmacias On-Line Vigencia Enero 2015

## 13. Programa Medicación Crónica

13.1. Requisitos:	<ul style="list-style-type: none"><li>Recetario <u>válido únicamente para la prescripción de medicamentos de uso crónico.</u></li><li>Cabe destacar que el mismo <b>NO requiere previa autorización</b>, pero debe <b>VALIDARSE OBLIGATORIAMENTE POR SISTEMA ONLINE.</b> Caso contrario, es motivo de rechazo del mismo.</li><li>Los <u>datos del afiliado</u> (Apellido y Nombre, Número de Socio, etc.) deben figurar <u>pre-impresos.</u></li><li>Medicación prescrita, fecha, firma y sello del profesional deben figurar en original y de puño y letra.</li></ul>
13.2. Validez de la receta:	El día de la prescripción y los <b>30 días</b> posteriores.
13.3. Tope:	Hasta 3 monodrogas diferentes y hasta 2 envases de cualquier tamaño por monodroga.
13.4. Consideraciones:	Por más que alguno de los medicamentos prescritos correspondan al grupo "Medicamento que requiere auditoría Previa" no mande al asociado a nuestras oficinas, continúe con el proceso de autorización ya que el sistema resolverá el trámite.
12.5. Muestra del recetario:	