

MEDIFE

Av 44 N° 868 e/ 12 y 13 - (1900) La Plata
TE. (0221) 422-7622 / 423-2408 / 4895563

Validación: SI

"OBLIGATORIA"

Planes (Blanco, Verde, Azul, Oro, Plata, Bronce, Titanio, Cobre, Níquel, Platinum) 40 %
50%70%75%

Plan Crónicos 70 %

PMI 100%

(*) Plan Materno Infantil: Todas las recetas deberán estar previamente autorizadas.

Medicación para el recién nacido: Hasta el primer año de vida.

Medicación para la madre: Cobertura 100% en medicación inherente al estado de embarazo, parto, puerperio.

Cobertura 40%: Para medicamentos ambulatorios no relacionados al embarazo.

La cobertura de PMI para la madre es durante toda la gestación y hasta 30 días post parto.

RECETARIO

Agremiación Médica: **Si** Particular: **Si** SAMO: **Si** Propaganda: **NO**
Preimpreso por computadora: SI (con firma y sello del profesional en ORIGINAL)

VALIDEZ DE LA RECETA:

Para la venta: 30 días corridos, a partir de la fecha de prescripción e incluyendo la misma.

Para la presentación: 60 días corridos a partir de la fecha de dispensa inclusive.

Para la refacturación: 30 días corridos a partir de haber recibido la liquidación.

RECORDAR QUE LOS DEBITOS NO SON REFACTURABLES, SALVO ERRORES INHERENTES A LA AUDITORIA

En cuyo caso colocar en carátula de REFACTURACIÓN, deberá realizarse por separado y en la fecha de presentación inmediata a la entrega de las recetas debitadas.

PRESCRIPCION MEDICA

Deberá consignar: N° afiliado, Apellido y Nombre, Fecha prescripción, medicamentos recetados dosis y tamaño y cantidad (en números y letras).

Cambio tinta: Se acepta salvado por el médico de puño y letra.

Cambio de letra: No se acepta.

Aclaración Firma y N° Matrícula:

Con sello: Si Manuscrito: No

Prescripción odontológica:

Solo medicamentos con fines odontológicos: Antibióticos, Antimicóticos, Antivirales, Analgésicos, Antiinflamatorios, Antihistamínicos, Corticoides y productos con Fluoruro de Sodio (Pastas y Colutorios).

CANTIDAD de productos por receta: 3 (tres) de distinto principio activo, 1 envase por renglón.

Tratamiento prolongado: 3 (tres) de distinto principio activo, 2 envases por renglón

TAMAÑOS:

Especificado: Lo que indica la receta

No especificado: Vender la menor presentación

Especifica grande: Vender la presentación siguiente a la de menor tamaño.

Antibióticos inyectables monodosis: Hasta seis (6) frascos ampolla por receta.

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTO: SE CUBRIRAN AQUELLOS PRODUCTOS QUE ACEPTA EL SISTEMA DE VALIDACION ON LINE.-

Podrán dispensarse medicamentos no cubiertos siempre que la receta se encuentre autorizada por los auditores de MEDIFE: Dra. Alicia Chaparrotti

Son válidas las autorizaciones vía fax: para la facturación se deberá presentar la receta original acompañada del fax con la autorización. EN ESTOS CASOS LA RECETA NO SE VALIDA.-

RECUERDE: puede validar esta obra social por WINFARMA.

DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL FARMACÉUTICO EN LA RECETA:

1- Validar la receta y adjuntar comprobante de validación o transcribir el número de validación en la receta; a excepción de aquellas recetas que tengan una **autorización de Medife**, las cuáles se dispensan en forma manual.

La validación se realiza a través de la página web de IMED www.imed.com.ar <http://www.imed.com.ar> , a la cual accede con su código de IMED y su clave personal. En caso de no contar con las mismas puede solicitarlas comunicándose al 0800-0222-4633.

2- Copia del ticket fiscal o número del mismo transcrito en la receta.

3 -Pegar el troquel con su código de barra.

4- Si el producto no tuviera troquel colocar la sigla S/T

5-Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto.

6- Fecha de dispensación. (La ausencia de la misma será motivo de débito)

7- Importes unitarios y totales y porcentaje a cargo de MEDIFE.

8- **Tanto afiliado como tercero al retirar la medicación deberá colocar en la receta: Firma.**

Aclaración, Domicilio y N° de documento

9- Sello de la farmacia y firma del farmacéutico.

ENMIENDAS:

Las correcciones y enmiendas en la prescripción de la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma.

Las correcciones y enmiendas en la dispensa de la receta deberán estar salvadas por el profesional farmacéutico con su sello y firma.

Presentación de Facturación

Mensual, según cronograma.

Carátula: On Line

Separación de recetas: de acuerdo al porcentaje de cobertura.

RECORDAR QUE LA VALIDACIÓN ES OBLIGATORIA.

Campaña de Vacunación Antigripal 2017

Desde el 1° de abril hasta el 30 de Junio del 2017.

Afiliado en grupo de riesgo (Anexo 1) cobertura 100%

Personas comprendidas entre los 2 años y los 64 años requieren receta (debe incluir alguno de los diagnósticos especificados). Y estar incluidos en Padrón.

NO requieren receta los niños menores de 2 años y los adultos de 65 o más años, ni las embarazadas en cualquier trimestre de la gestación.

En farmacias podría cobrarse la aplicación

Requisitos: Credencial y documento que acredite identidad

Grupos de afiliados entre los 2 y los 64 años que NO pertenecen a grupos de riesgo: tienen el beneficio de cobertura con el porcentaje de descuento según plan. Requieren receta, pero NO autorización.

Facturación: Para la facturación las farmacias deberán presentar ticket Fiscal donde figure el N° y nombre del afiliado, troquel y firma del socio. Para validar por IMED usar el código de prescriptor MN11111111 Medico genérico

Todos los casos deberán validarse online y el sistema devolverá el porcentaje de cobertura correspondiente

Anexo 1. Condiciones para cobertura 100%

1. Embarazadas en cualquier trimestre de la gestación

2. Puérperas hasta el egreso de la maternidad, máximo 10 días después del parto si no recibió la vacuna durante el embarazo (Hay que considerar que el momento fundamental de vacunación es durante el embarazo para proteger a la madre y al bebe a través del pasaje de anticuerpos por la placenta)

3. Personas mayores de 65 años

4. Niños mayores de 6 a 24 meses (deben recibir 2 dosis separadas de al menos 4 semanas, consulte con su pediatra)

5. Personas mayores de 2 años y hasta los 64 años inclusive que presenten alguna de las siguientes condiciones:

o Enfermedades respiratorias:

a) Enfermedad respiratoria crónica (hernia diafragmática, EPOC, Enfisema, displasia broncopulmonar, traqueostomizados crónicos, bronquiectasias, fibrosis quística, etc).

b) Asma moderado y grave

o Enfermedades cardíacas:

a) Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatía

b) Cardiopatías congénitas

o Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas

a) Infección por VIH.

b) Utilización de medicación inmunosupresora o corticoides a altas dosis (mayor a 2 mg/kg/día de metilprednisona o más de 20 mg/día o su equivalente por más de 14 días)

c) Inmunodeficiencia congénita

d) Asplenia funcional o anatómica

e) Desnutrición severa

o Pacientes Onco-hematológicos y trasplantados

a) Tumor de órgano sólido

b) Enfermedad onco-hematológica hasta 6 meses posteriores a la remisión completa

c) Trasplantados de órganos sólidos o tejido hematopoyético

o Otros

a) Obesos con IMC mayor a 40

b) Diabéticos

c) Insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes 6 meses

d) Retraso madurativo severo en menores de 18 años de vida

e) Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas graves

g) Convivientes o contactos estrechos de enfermos onco-hematológicos

h) Convivientes de bebés prematuros menores de 1.500 g. entre otros