Normas de atención

ISL

Medicina empresarial

FACAF

FEDERACIÓN ARGENTINA
DE CÁMARAS DE FARMACIAS

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

## VALIDACIÓN ON LINE

***La validación on line de las recetas de ISL Medicina empresarial 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 ; soporte@facaf.org.ar***

Todas las recetas de Medicamentos Ambulatorios de la Entidad deberán contar, sin excepción, con la constancia de validación del beneficiario emitida por ISL o Healthy, según corresponda, que acredite la condición de paciente. La validación de la receta deberá realizarse al momento de la dispensa del medicamento. Recuerde que al validar la receta debe cargar en el sistema de validación los mismos datos que se encuentran en la receta (Número de DNI o CUIL, número de Siniestro, productos, cantidades, matrícula del profesional prescriptor, fechas, etc.) a fin de evitar inconvenientes posteriores debido a la no coincidencia de la validación con la receta física.
Recuerde que toda transacción aprobada, donde no se hizo efectiva la dispensa de un medicamento, deberá ser cancelada por la farmacia para evitarle inconvenientes al afiliado en su próxima compra.
En caso de que la Farmacia presente inconvenientes en el proceso de autorización, deberá comunicarse a soporte@facaf.org.ar o con su entidad de pertenencia para brindarle asistencia respecto a la validación.

## DESCUENTO A CARGO DE ISL Medicina empresarial

| | |
|---|---|
| **AMBULATORIO** | 100% (Cien por ciento) |

| RECETARIO | |
|---|---|
| **TIPO** | Electrónica y Convencional (Rp/) y/o recetario<br>Provincia ART. |
| **VALIDEZ** | **PARA LA VENTA:** 15 (quince) días a partir de la fecha de emisión e incluyendo la misma.<br>**PARA LA PRESENTACIÓN:** 60(sesenta) días corridos, a partir de la fecha de venta e incluyendo la misma. Para su utilización, deberá acompañarse de la autorización correspondiente emitida por ISL o Healthy, según corresponda, que acredite la condición de paciente.<br>**PARA LA REFACTURACIÓN:** 60 (sesenta) días corridos a partir de haber recibido la liquidación.<br>**RECORDÁ QUE LOS DÉBITOS SON NO REFACTURABLES, SALVO ERRORES INHERENTES A LA AUDITORÍA.** |

**REQUISITOS VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES:**

- Nombre, Apellido del afiliado, Número de DNI o CUIL y Número de Siniestro.
- Fecha de emisión de la receta.
- Nombre y Apellido del Médico, Tipo y Número de Matrícula, Firma y sello aclaratorio del profesional (legible, sin excepción).
- Detalle de los medicamentos con su nombre genérico.
- Cantidades de los medicamentos en números y letras.
- En caso de que la receta tenga el nombre o marca comercial del medicamento, además del nombre genérico, el farmacéutico tiene la obligación de expender el medicamento según la monodroga, pudiendo entregar una marca de igual o menor precio a la recetada.

| LÍMITES DE CANTIDADES | |
|---|---|
| **POR RECETA** | Hasta 4 (cuatro) (diferentes) |
| **POR RENGLÓN** | Hasta 1 (uno) |
| **INYECTABLES** | Hasta 5 dosis en ampollas individuales o multidosis. |

## LÍMITE DE TAMAÑO

- **TAMAÑO NO ESPECIFICADO:** el/la farmacéutico/a entregará, siempre que no medie indicación en contrario, el envase de menor contenido del producto prescrito y solamente una unidad, salvo en caso de inyectables.
- **ESPECIFICA "GRANDE":** vender la presentación siguiente a la de menor tamaño.

## TOPES PARA SOLICITAR AUTORIZACIÓN

- Por renglón: **$20.000**
- Por receta: **$80.000**
- **Superado el monto total requiere autorización.**
- Tope de cantidad y valor por Mes para autorización: o cantidad recetas: 2 o cantidad ítems: 8 o cantidad de producto: 8 o monto total Mensual: **$160.000.**

## MEDICAMENTOS BAJO CONTROL

Cuando el/la profesional prescriba medicamentos bajo control (alcaloides, psicofármacos, etc.), la farmacia retendrá la receta original y remitirá con la facturación una copia fiel de la misma, firmada por el farmacéutico/a y con el correspondiente sello aclaratorio / pudiendo ser por duplicado o triplicado.

## MEDICAMENTOS FALTANTES

Si por cualquier motivo en la farmacia falta el o los productos recetados, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 Hs. de haber sido requeridos por el beneficiario, quien debe conocer tal condición para adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En los casos que el faltante sea debido a circunstancias del mercado, la farmacia deberá informar esta situación al beneficiario.

## PSICOFÁRMACOS

El duplicado que queda en poder de la farmacia deberá cumplir con lo previsto en las normas legales vigentes, para cada jurisdicción.

## DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

**Adjuntar a la receta el comprobante de validación o copia del Ticket Fiscal donde figuren los siguientes datos:**



- Pegar con adhesivo en la receta el troquel con su código de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescriptos. No usa abrochdora ni cinta adhesiva.
- Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico.
- Fecha de dispensación.
- Detalle de los medicamentados.
- Importes unitarios y totales y porcentaje a cargo de la entidad.
- Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto.
- Número de autorización emitido por el sistema de validación on line.
- Firma, aclaración de firma y número de documento de identidad (el cual deberá ser exhibido), domicilio y teléfono de la persona que retira la receta.
- De no poder discriminar en ninguno de los tickets todos estos datos solicitados, será necesario llenar manualmente el sello con la transcripción de importes al dorso de la receta, adjuntando también la copia del Ticket Fiscal o comprobante de venta.
- **Las recetas no deberán tener enmiendas y/o agregados no convalidados con la firma del/la profesional actuante y su sello.**
- **No podrá salvarse de ninguna manera la matrícula y nombre del médico.**

**Adjuntar a la receta la constancia de validación del beneficiario. Su ausencia es motivo de débito.**

## ELEMENTOS DESCARTABLES

En caso de que la receta incluya Materiales Descartables (gasas, vendas, apósitos, entre otros), su provisión quedará sujeta a la autorización expresa de ISL/Healthy. Para gestionar dicha autorización, el paciente deberá comunicarse a través de los canales de autorización vigentes.

## AUTORIZACIONES ESPECIALES

Solicite la autorización correspondiente al Área de Gestión de Siniestros - ART de ISL Tel.: **+54 11 2152-5444 / 5445** Horario de atención: de lunes a viernes de 8:00 a 18:00 hs.
Correo electrónico: **provinciaart@islarg.com.ar** .Por favor, indique que el beneficiario se encuentra en la farmacia aguardando la autorización.

## GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA



- ALIMENTICIOS Y DIETÉTICOS
- ANESTÉSICOS
- ANOREXÍGENOS Y ANABÓLICOS
- ANTICONCEPTIVOS Y ANOVULATORIOS FÍSICOS O QUÍMICOS
- ANTIANDROGÉNICOS
- ANTIESTROGÉNICOS
- ANTINEOPÁSICOS
- COSMETICA
- CHAMPUES DE TODO TIPO DROGAS
- INMUNOMODULADORAS/INMUNOSUPRESORAS ESTÉTICOS (Anticelulíticos, Antiarrugas, Fotoenvejecimiento, etc.)
- ESTIMULANTES DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL.
- EXTRACTOS DE ORGANOS
- TEJIDOS Y CÉLULAS DE CULTIVO ANIMALES Y/O VEGETALES.
- FLORES DE BACH
- GINSENG
- HORMONAS DE CRECIMIENTO
- LECHES EN POLVO SIMPLES O COMPUESTAS
- ODONTOLÓGICOS (Pastas, polvos, dentífricos, artículos de limpieza, etc.)
- ONCOLÓGICOS Y CITOSTÁTICOS
- PARCHES DE NICOTINA
- REACTIVOS PARA EL DIAGNÓSTICO
- RECETAS MAGISTRALES
- HOMEOPÁTICAS Y ALOPÁTICAS
- SOLUCIONES PARENTERALES
- SUSTITUTOS DE LA SAL
- VENTA LIBRE.

# CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL BENEFICIARIO

ISL
Medicina Empresarial

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE BENEFICIARIO**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ____ de _____ de 20____

**Datos del beneficiario**

**Apellido y nombre:** _____
**DNI:** _____
**N.º de siniestro:** _____
**Empleador:** _____
**Fecha de solicitud:** _____

Por medio de la presente, se deja constancia de que el beneficiario cuyos datos se detallan precedentemente se encuentra registrado y validado en nuestra entidad, bajo la gestión prestacional de ISL, en el marco del siniestro informado (XX_____– _____ –).

**Observaciones:** _____

**Gestionó:** _____

**Aval:** _____

**Firma y sello**