

Fecha de Vigencia: 01/12/2011

Fecha Última Modificación 30/08/2019

<b>SCIS – Medicina Privada (SCIS S.A.)</b>		
<b>1. AMBITO DE APLICACIÓN:</b>		
- Todo el país		
<b>2. DESCUENTOS</b>		
<i>Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor vigente al día del expendio, que figuran en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos.</i>		
<b>Plan:</b>	<b>A cargo del afiliado:</b>	<b>A cargo de la entidad:</b>
<b>Plan 40</b> (SC150, SC250, SC 300, SC500, SC550, SC600, SC1100, SC4000) <b>Plan 40P</b> (SC50, SC100, SC 100 sin coseguro)	60%	40%
<b>Plan 50</b>	50%	50%
<b>CRONICOS</b>	0%	100% Con exclusiva autorización de Auditoría Médica.
<b>PMI</b>	0%	100% Las recetas deben validarse on line
<b>ANTICONCEPTIVOS</b>	0%	100% Las recetas deben validarse on line
<b>CRONICOS Diabetes:</b> (Únicamente Hipoglucemiantes <u>Orales</u> )	Las recetas deben validarse on line	
<b>3. REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES</b>		
<b>Tipo de Recetario:</b>	Convencional con membrete impreso o sello identificatorio en caso de Centros de Atención, Instituciones, Emergencias, Sanatorios u Hospitales	
	No se aceptarán recetarios con publicidades salvo que provengan de Hospitales Públicos.	
	No se aceptan fotocopias de recetas.	
<b>Datos contenidos en la receta:</b> (Los datos escritos por el profesional deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma)	Denominación de la entidad	
	Nombre del profesional o institución	
	Nombre, Apellido del afiliado	
	Número de afiliación	
	Fecha de emisión de la receta.	
	Firma y sello aclaratorio del profesional. (El sello es obligatorio aún figurando las recetas impresas con los datos del médico).	
	Detalle de los medicamentos	
	Cantidades de los medicamentos en numero y letra	
	Leyenda <i>Tratamiento Prolongado: si corresponde</i>	
<b>Validez</b>	30 (treinta) días a partir de la fecha de emisión e incluyendo la misma.	
<b>a) para la venta:</b>		
<b>b) para la presentación:</b>	60 (sesenta) días corridos, a partir de la fecha de venta e incluyendo la misma.	
<b>c) Para la refacturación:</b>	30 (treinta) días corridos a partir de haber recibido la liquidación.	
	<b>RECORDAR QUE LOS DEBITOS SON NO REFACTURABLES, SALVO ERRORES INHERENTES A LA AUDITORIA.</b>	
<b>Cantidad máxima de Medicamentos y</b>	Tratamiento Normal: Se podrá dispensar hasta 3 (tres) medicamentos por receta y 1 (un) envase por renglón	

<b>de envases por receta:</b>	Tratamiento Prolongado: Hasta 3 (tres) medicamentos por receta y 2 (dos) envases por renglón	
<b>Contenidos máximos de cada medicamento según su tamaño:</b>	Tamaño especificado: Lo requerido en la receta.	
	Tamaño no especificado: Vender la menor presentación.	
	Especifica "grande": Vender la presentación siguiente a la de menor tamaño.	
<b>Antibióticos inyectables:</b>	Monodosis: hasta 5 (cinco) ampollas individuales por receta. Multidosis: hasta 2 (dos) envases por receta.	
<b>Psicofármacos:</b>	Lista II (receta oficial):	Receta de Salud Pública Receta adjunta de la institución.
No se aceptan fotocopias de recetas.	Lista III y IV ( receta archivada)	Receta oficial por duplicado, con sello y firma del médico, aún estando el sello impreso.
<b>4. REQUISITOS DEL AFILIADO:</b>		
<b>Deberá presentar:</b>	Credencial de afiliación en vigencia (Ver <b>Anexos:</b> Credenciales)	
	Receta correspondiente.	
<b>Deberá verificarse:</b>	Existencia del afiliado en el padrón	
<b>5. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:</b>		
<b>La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:</b>	Pegar o abrochar 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.	
	Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T.	
	Fecha de dispensación	
	Importes unitarios y totales y porcentaje a cargo de la entidad	
	Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto.	
	Firma del asociado y aclaración	
	Firma del tercero, aclaración de firma y número de documento de identidad, el cual deberá ser exhibido	
	Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico.	
<b>6. ENMIENDAS:</b>		
<b>Recordar:</b>	Las correcciones y enmiendas a la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma.	
<b>7. CONSULTAS Y/O AUTORIZACIONES:</b>		
<b>Importante:</b>	Por consultas a la presente norma operativa llamar a Farmalink al teléfono (011) 4814 – 7900 (Opción 1), de lunes a viernes de 09 a 18 hs. Antes de rechazar cualquier receta, llamar al teléfono 011-5246-1600 de lunes a domingo las 24 hs.	
<b>8. VALIDACION ON LINE</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Todas las recetas de la Entidad deben validarse online a excepción de aquellas que tengan una autorización de la Entidad, las cuales se dispensaran en forma manual.</li> <li>Recuerde que al validar la receta debe cargar en el sistema de validación los mismos datos que se encuentran en la receta (afiliado, productos, cantidades, matrícula del profesional prescriptor, fechas, etc.) a fin de evitar inconvenientes posteriores debido a la no coincidencia de la validación on line con la receta física.</li> <li>Recuerde que toda transacción online 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.</li> <li>Ante cualquier inconveniente con la validación puede llamar a la Mesa de Ayuda de Imed al <b>0810-122-7427</b>. Horario de atención: de lunes a viernes de 8 a 20 hrs. Sábados de 9 a 13 hrs.</li> </ul>		
<b>9. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:</b>		
<b>INCLUSIONES :</b>	<b>EXCLUSIONES:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se cubrirán aquellos productos que acepte el sistema de validación online (Imed)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos que no fueron autorizados por el sistema de validación online (Imed).</li> </ul> <p>Recordar que todo medicamento que se encuentre excluido de la cobertura podrá ser dispensado únicamente con una autorización de la entidad. La receta en el momento de la presentación deberá traer adjunta dicha autorización</p>	
<b>ANEXOS</b>		

**Anexo 1 - Modelo de Credencial Vigente:**



**Modelo de Credencial SCIS- OSSIMRA**



**Modelo de Credencial SCIS Medicina Privada- OSDEPYM**





**Constancia de Afiliación**

RECOLETA, Miércoles 19 de JUNIO de 2019

Por la presente constancia se certifica que el Afiliado:

Nombre y Apellido: LOUET, HECTOR FABIAN
Plan: SC100                    DNI 16755407
Nº AFILIADO: 2016755407600
O. SOCIAL: OSDEPYM

Pertenece a nuestra empresa desde:

La presente constancia se extiende a pedido de la institución:

A Quien Corresponda.

El Afiliado debe acreditar su identidad con documento de identidad indefectiblemente.

**Esta certificación tiene una validez de 31 DIAS**

**Otras coberturas:**

<b>PLAN MATERNO INFANTIL (PMI):</b>	
<b>PLAN MATERNO INFANTIL</b>	Cobertura 100%. Las recetas deben validarse on line.
<b>CRONICOS:</b>	
<b>CRONICOS</b>	Cobertura según porcentaje autorizado por validación on line.