



Junio 2018

OBRA SOCIAL:

IBERO ASISTENCIA S.A

Nombre Completo: IBERO ASISTENCIA S.A.

Nº de CUIT: 30-64331568-4 Cód. de O.S.:10955

Dirección: ALFEREZ HIPOLITO BOUCHARD Nº 4191 TORRE "2" PISO "3"
MUNRO VICENTE LOPEZ

DESCUENTO:	O.S.	AFILIADO
PLAN COMUN	50%	50% (1)
SALUD PLATINIUM 1000	50%	50% (1)
SALUD PLATINIUM PLUS	50%	50% (2)
SALUD PLATINIUM PLUS 1	50%	50% (3)
SALUD PLATINIUM	50%	50% (4)
SALUD INTEGRAL PLUS	50%	50% (5)

TIPO DE RECETARIO:
PARTICULAR: SI (2).. Otros :NO ...
AGREMIACION/FEDERACION MEDICA: SI.....

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días
TROQUELADO: SI.

FECHAS PRESCRIPCION Y DISPENSA: SI
ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nº MATRICULA:
Con sello: SI Manuscrito: NO

ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES:
Letras: SI
Números: SI

ENMIENDAS SALVADAS:
Por el Médico: SI (con firma y sello)
Por el Farmacéutico: SI (con firma y sello)
Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI (con firma de conformidad del afiliado)

DEL RESUMEN:
Planilla: On Line
Cantidad: Una
Presentación: MENSUAL.

VALIDACION OBLIGATORIA
COBERTURA DEL SERVICIO: Para toda la Provincia de Buenos Aires.

DE LA PRESCRIPCION:
PRODUCTOS POR RECETA: TRES (3)
UNIDADES POR RENGLON:HASTA 1 (UNO)

UNIDADES POR TAMAÑO:
LO PRESCRIPTO POR EL MEDICO
NO INDICA TAMAÑO: ENTREGAR MENOR TAMAÑO

CUANDO INDICA GRANDE: ENTREGAR TAMAÑO SIGUIENTE AL MENOR

ANTIBIÓTICOS INYECTABLES
Monodosis: hasta cinco (5)
Multidosis: hasta uno (1)

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS: MANUAL FARMACEUTICO

Con las siguientes exclusiones:

POR DROGA:
eritropoyetina recomb. Humana (3664)
interferón alfa 2 B (689)
interferón beta (698)
interferón gamma (923)
orlistat (1205)
riluzol (1039)
sildenafil (1213)
insulina humana (1103)
interferón beta 1 A (11140)
interferón beta 1 A sin albumina (11141)
interferón alfa 2 A (665)

POR FORMA FARMACEUTICA
Cremas dentales (39)
Leches maternizadas (56)
Leches medicamentosas (57)
Solución de uso externo/Loción (27)
Tiras reactivas (18)

POR ACCION FARMACOLOGICA
Adelgazante (462)
Alimento infantil (527)
Anabólicos (19)
Análogo hormona de crecimiento (802)
Anticonceptivo (36)
Antineoplásico (55)
Antiviral contra HIV (600)
Citostático (73)
Complemento dietario (283)
Cosmético capilar (165)
Dermatocosméticos (412)
Edulcorantes (86)
Factor estim. Crec. Granulocitos (206)
Inmunosupresor (15)
medicamentos oncológicos (73)
Producto alimenticio (18)
Vacunas (sin cobertura)

POR TIPO DE VENTA
Venta libre (1)

IMPORTANTE:
1 En Planes Común y Platinium 1000 el importe total del descuento a cargo de IBERO ASISTENCIA, no puede superar los \$ 800 (pesos ochocientos), por receta. Si el descuento supera los \$800 el afiliado deberá abonar la diferencia entre la sumatoria del total de los precios de venta al público de los productos autorizados y los \$800. Teniendo un tope de 6 recetas por año.
2-Salud Platinium Plus el importe total del descuento a cargo de IBERO ASISTENCIA, no puede superar los \$ 600.
3-Salud Platinium Plus 1: el importe total del descuento a cargo de IBERO ASISTENCIA, no puede superar los \$ 500.
4-Salud Platinium: el importe total del descuento a cargo de IBERO ASISTENCIA, no puede superar los \$ 400.
5- Salud Integral Plus: el importe total del descuento a cargo de IBERO ASISTENCIA, no puede superar los \$ 300.

OBSERVACIONES

1-EL DESCUENTO SE DEBERA REALIZAR A LOS BENEFICIARIO APLICANDO SOLO AL TITULAR DE LAS SIGUIENTES TARJETAS HENDEL, FALABELLA CENCOSUD, BANCO HIPOTECARIO, BANCO GALICIA. ESTOS DEBEN PRESENTAR DNI SIEMPRE

2- LA RECETA DEBE ESTAR ACOMPAÑADA POR LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACIÓN DADA POR IBERO ASISTENCIA. DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR:


- NOMBRE DE LA ENTIDAD
- Nombre y Apellido del paciente.
- N° de documento o N° de CUIL.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (si no expresa cantidad se expenderá solo uno)
- Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- No se aceptan enmiendas sobre corrector líquido.
- Adjuntar a la receta la AUTORIZACION DE IBERO ASISTENCIA S.A. Siendo válidas las Autorizaciones remitidas por FAX o vía mail a la FARMACIA.
- LA AUSENCIA DE LA AUTORIZACIÓN SERÁ MOTIVO DE DEBITO

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

- Adjuntar los **troqueles** del siguiente modo:
- Incluyendo el código de barras.
- Si no tiene troquel, colocar código de barra o la sigla S/T con firma de conformidad del afiliado.
- Fecha de Venta, en caso de que no figure en la copia del ticket o presupuesto o comprobante de validación.
- Adjuntar comprobante de validación donde consten los precios unitarios y totales, caso contrario la receta deberá ser valorizada, aclarando que la firma del afiliado solo debe figurar en la receta y no en el ticket o comprobante de validación antes mencionados.
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero interviniente, aclarando la persona que retira nombre completo.
- Las enmiendas de precios deberán ser salvadas por el farmacéutico y por la persona que retira los medicamentos.

ANTES DE RECHAZAR UNA RECETA POR NO CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE ESTA NORMA OPERATIVA, COMUNICARSE AL TELEFONO 0810-888-0001

Modelo de Autorización:

GENERAL DEL CORONEL GARCIA	
	
PARA:☒	☒
DE:☒	IBERO·Asistencia·(·Mapfre)☒
Fecha☒	☒
ASUNTO:☒	AUTORIZACION·Provisión·de·Medicamentos☒
Si·no·recibe·legible·el·presente·fax,·favor·de·contactarnos·al·0810-888-0001·(opción·3)·☒	
☒	
A·quien·corresponda:·☒	
☒	
Por·medio·de·la·presente·autorizamos·☒	
☒	
DNI:·94·683·246☒	
☒	
Nro·de·autorización:·114152·☒	
Ante·cualquier·consulta·favor·de·comunicarse·al·0810-888-0001·Opción·3☒	
☒	