

**Normas de atención**



**ZONA  
EVOLUCIÓN  
ART**



**FACAF**

**FEDERACIÓN ARGENTINA  
DE CÁMARAS DE FARMACIAS**

Vigencia: 01/06/26



## DESCUENTO A CARGO DE ZONA EVOLUCIÓN ART

**AMBULATORIO**

100% (Cien por ciento)

## DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y RECETA



## RECETARIO

**TIPO**

- Convencional
- Digital (RCTA y/o MIS RX)

**VALIDEZ**

15 días desde fecha de prescripción.



**DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:**

- 1. RECETAS PRESCRIPTAS EN ORIGINAL (de puño y letra del profesional con sello y firma holográficos).**
- 2. RECETAS ELECTRÓNICAS PRESCRIPTAS BAJO EL SISTEMA MIS RX/RCTA.**

- Nombre de la ART "ZONA EVOLUCIÓN ART o ZONA ART".
- Nombre y Apellido del paciente.
- Número de DOCUMENTO.
- Número de Siniestro (La ausencia de este dato es motivo de débito)
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expenderá solamente uno).
- Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.
- Fecha de prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.

**ZONA EVOLUCIÓN ART NO REQUIERE DENUNCIA DE SINIESTRO**



## LÍMITES DE CANTIDADES

<b>CANTIDAD DE RENGLONES</b>	hasta 3 (tres) por receta.
<b>POR RECETA</b>	hasta 3 (tres) envases.
<b>POR RENGLON</b>	Hasta 1 (un)
<b>ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS</b>	Hasta 14 (catorce) envases.
<p><b>APLICACIONES:</b> ZONA EVOLUCIÓN ART reconoce el 100% del importe por cada aplicación de inyectables efectuada. Dicho concepto debe figurar en la copia del ticket o factura que se adjunta a la receta.</p>	

## LÍMITES DE TAMAÑOS

Sin límites de tamaños.

- Cuando el medico NO indica tamaño, debe entregarse el de menor contenido.
- Cuando el medico solo indica GRANDE, debe entregarse el tamaño siguiente al menor.
- Cuando el medico equivoca cantidad, debe entregarse el tamaño inmediato inferior.

## 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.



## DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
  - De acuerdo al orden de prescripción.
  - Incluyendo el código de barras.
- Número de orden de la receta.
- Fecha de Venta.
- Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico Alfabeta o Agenda Farmacéutica Kairos, las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario).
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento. (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
- Adjuntar copia del ticket de venta.



## EXCLUSIONES

**Los descuentos** indicados en este instructivo **se aplican sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta comprendidas en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos.**

Quedan excluidos los productos que figuran en el listado de *GRUPOS TERAPÉUTICOS SIN COBERTURA*.



## VALIDACIÓN ON LINE

**La validación on line de las recetas de ZONA EVOLUCIÓN ART 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](mailto:soporte@audibaires.com.ar) ; [soporte@facaf.org.ar](mailto:soporte@facaf.org.ar)



## GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA

- ALIMENTOS Y DIABÉTICOS.
- ANESTÉSICOS.
- ANOREXÍGENOS Y ANABÓLICOS.
- ANTICONCEPTIVOS Y ANOVULATORIOS FÍSICOS O QUÍMICOS.
- COSMÉTICA.
- ONCOLÓGICOS Y CITOSTÁTICOS.
- CHAMPUES DE TODO TIPO.
- ESTÉTICOS (Anticelulíticos, Antiarrugas, Fotoenvejecimiento, etc).
- ESTIMULANTES DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL.
- EXTRACTOS DE ORGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS DE CULTIVO ANIMALES Y/O VEGETALES.
- DROGAS INMUNOMODULADORAS DROGAS INMUNOSUPRESORAS.
- FLORES DE BACH.
- GINSENG.
- HORMONAS DE CRECIMIENTO.
- LECHES EN POLVO SIMPLES O COMPUESTAS.
- ODONTOLÓGICOS (Pastas, polvos, dentífricos, artículos de limpieza, etc).
- PARCHES DE NICOTINA.
- PRODUCTOS PARA INTERNACIÓN.
- PRODUCTOS SIN TROQUEL.
- REACTIVOS PARA EL DIAGNÓSTICO.
- RECETAS MAGISTRALES HOMEOPÁTICAS Y ALOPÁTICAS.
- SUSTITUTOS DE LA SAL.
- VENTA LIBRE (EXCEPTO PARACETAMOL/IBUPROFENO).



### SE ENTREGAN SIN AUTORIZACIÓN: Cantidad 1 ( uno)

- GASAS (diferentes tamaños).
- PERVINOX/o su equivalente.
- VENDAS (diferentes tamaños).
- CINTAS HIPOALERGÉNICAS (diferentes tamaños).
- CREMA o GASAS PLATSUL.
- ALGODÓN.
- ALCOHOL.
- PARACETAMOL / IBUPROFENO (LOS VENTA LIBRE) CAJA CHICA.
- PANTALLA SOLAR (envase pequeño).
- CICAPLAST O CREMA CON VITAMINA A indicado por profesional especialista en cirugía plástica o dermatología.