

NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE ASSISTRAVEL

(Razón Social: WORLYBAIRES S.A. / CUIT: 30-71043007-8 / Resp. Iscripto)

DESCUENTOS A CARGO DE LA ENTIDAD:

EXCLUSIVAMENTE CON AUTORIZACION PREVIA

AMBULATORIO.: 100% hasta el importe tope indicado en la autorización
Cuando el PVP de los productos autorizados superen dicho
importe tope, el beneficiario deberá abonar la diferencia.

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

- DOCUMENTO DE IDENTIDAD

RECETARIO

- CONVENCIONAL / DIGITAL
- DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:
 - Nombre y Apellido del paciente.
 - Número de DOCUMENTO o CUIL
 - 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.
 - **Observación: La mayoría de las recetas que reciben nuestros pasajeros son digitales porque son brindadas a través de la modalidad de Video Consulta, salvo en los casos que sea recetado por el profesional de manera presencial.**

VALIDEZ DE LA RECETA

30 (TREINTA) días desde de la fecha de prescripción.

LÍMITES DE CANTIDADES

SIN LÍMITES
Ni de cantidades ni de renglones por receta



LÍMITES DE TAMAÑOS	
	<ul style="list-style-type: none"> • SIN LIMITES

OTRAS ESPECIFICACIONES	
<p><u>CUANDO EL MÉDICO</u></p> <p>No indica tamaño Sólo indica GRANDE</p> <p>Equivoca cantidad</p>	<p><u>DEBE ENTREGARSE</u></p> <p>El de menor contenido La de tamaño SIGUIENTE AL MENOR El tamaño inmediato inferior</p>

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA	
	<ul style="list-style-type: none"> • Adjuntar los troqueles del siguiente modo: <ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo al orden de prescripción. • Incluyendo el código de barras. • Adheridos con cinta adhesiva (No usar abrochadora) • Número de orden de la receta. • Fecha de Venta. • Precios unitarios y totales (tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Parios. 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. En caso de no poder hacerlo notifique por escrito las razones. Dicha información quedará archivada en el legajo de la farmacia.

MEDICAMENTOS FALTANTES:	
	<p>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.</p>



COBERTURA:	<p>ASSISTRAVEL reconoce todos los productos de venta bajo receta incluidos en el Manual Farmacéutico y los de Venta Libre.</p> <p>Observación: No cubrimos material de curaciones porque se considera enfermería y no cubrimos enfermería.</p>
-------------------	---

MUY IMPORTANTE

- **Antes de rechazar una receta por no cumplir con los requisitos de esta norma operativa, comunicarse al teléfono 0800-444-2774 LAS 24HS**

AUTORIZACIONES

ASSISTRAVEL S.A. remitirá a la farmacia vía mail la autorización correspondiente, en la que se indica: apellido y nombre del beneficiario, número de documento y productos autorizados.

El beneficiario se presentará en la farmacia con la receta, documento de identidad e indicará que pertenece a ASSISTRAVEL. **NO DEBE SOLICITARSE CREDENCIAL.**

La autorización, que con anterioridad ASSISTRAVEL remitió vía mail a la farmacia, debe adjuntarse a la receta correspondiente.

Todo expendio que no posea la autorización correspondiente, será indefectiblemente rechazado.

MODELO DE AUTORIZACION

De: operaciones@assistravel.com
Enviado el: lunes, de mayo de 2023 04:02 PM
Para:
Asunto: Autorización de Medicación

Buen día, autorización N° 2030404

1. Paciente:
2. DNI:
3. Medicación:

Ante cualquier duda comunicarse al **0800-444-2774** o al WhatsApp **11 5263 8406 las 24 has**

Observación: Respecto a esto, lo que recibirán es un adjunto que es nuestra GOP (guarantee of payment) que tiene todos los datos del paciente, los productos autorizados y también el monto autorizado.