

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	
CUANDO EL MÉDICO	DEBE ENTREGARSE
No indica tamaño	El de menor contenido
Sólo indica GRANDE	La de tamaño SIGUIENTE AL MENOR
Equivoca cantidad	El tamaño inmediato inferior

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 Pairo. 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.