

## 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



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

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

<b>DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adjuntar los troqueles del siguiente modo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• De acuerdo al orden de prescripción.</li> <li>• Incluyendo el código de barras.</li> <li>• Adheridos con cinta adhesiva (No usar abrochadora)</li> </ul> </li> <li>• Número de orden de la receta.</li> <li>• Fecha de Venta.</li> <li>• 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).</li> <li>• Sello y firma de la farmacia.</li> <li>• 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).</li> <li>• 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.</li> </ul>

<b>MEDICAMENTOS FALTANTES:</b>	
	<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:**

ASSISTRAVEL reconoce todos los productos de venta bajo receta incluidos en el Manual Farmacéutico y los de Venta Libre.

**Observación: No cubrimos material de curaciones porque se considera enfermería y no cubrimos enfermería.**

**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.**