

**NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE LA:  
*Salud Central Medicina Privada – Amis – Central Health SA***

**DESCUENTOS A CARGO DE LA O.S.:**

AMBULATORIO:	40% Para productos incluidos en el VDM ambulatorio (excepto antidiabéticos orales y anticonceptivos que requieren autorización previa)
CRONICOS	70% Para productos incluidos en el VDM ambulatorio con autorización previa.
PMI:	100% Para todos los incluidos en el VDM PMI. Exclusivamente con autorización previa

**AUTORIZADOS** La auditoría médica de Salud Central Medicina Privada – AMIS puede autorizar el expendio de productos por fuera de los VDM, indicando el descuento correspondiente a cargo de la cobertura médica con sello y firma.  
***Planes Ambulatorios y Crónicos con cobertura al 100% podrán dispensarse con previa autorización.***

**DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO**

- Credencial y Documento de Identidad.

**RECETARIO**

- CONVENCIONAL / DIGITAL (Remitida por whatsapp, mail, etc)
- DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:
  - Nombre de la Entidad
  - Nombre y Apellido del paciente.
  - Número de Asociado
  - Medicamentos recetados, por su denominación genérica exclusivamente 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.~~

**VALIDEZ DE LA RECETA**

**30 (treinta)** Días corridos contando la fecha de prescripción.

### LÍMITES DE CANTIDADES

- CANTIDAD DE RENGLONES: 3 (tres).
- POR RECETA: Hasta 3 (tres) envases.
- POR RENGLÓN: Hasta 1 (un) envase
  
- ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS: Hasta 5 (cinco) envases para una sola especialidad por receta
- ANTIBIÓTICOS MULTIDOSIS: Hasta 1 (un) envase por receta

### LÍMITES DE TAMAÑOS

- HASTA 1 (UNO) DE TAMAÑO GRANDE POR RENGLÓN

### OTRAS ESPECIFICACIONES

#### CUANDO EL MÉDICO

No indica tamaño  
Sólo indica GRANDE

Equivoca cantidad

#### DEBE ENTREGARSE

El de menor contenido  
La tamaño SIGUIENTE AL  
MENOR

El tamaño inmediato inferior

### 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, totales, a cargo Entidad (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico 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).
- Para la presentación de las recetas la farmacia cuenta con 60 días corridos contados desde la fecha de expendio. Pasado dicho plazo serán indefectiblemente debitadas.

### PSICOFÁRMACOS

- El profesional debe confeccionar además un segundo recetario según normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia. No se aceptan fotocopias.

**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.

**PLAN MATERNO INFANTIL**

**EXCLUSIVAMENTE CON AUTORIZACION PREVIA**

100% de descuento en medicamentos para la madre, desde el momento de la detección del embarazo hasta 30 días posteriores al parto y para el recién nacido hasta el año de vida,

**PLAN MATERNO INFANTIL**

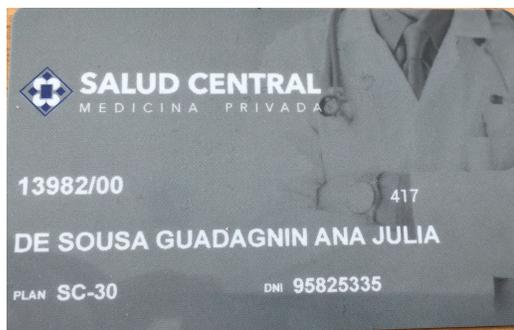
**LECHES MEDICAMENTOSAS CON AUTORIZACION PREVIA  
INCLUIDAS EN EL VDM PMI**

100% de descuento, hasta 4 kg/mes y hasta los 3 meses de edad.

**EXCLUSIONES**

**Los descuentos** indicados en este instructivo **se aplican solamente sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta** incluidas en VDM ambulatorio o VDM PMI según corresponda.

**MODELO DE CREDENCIAL**



**Físico**



**Digital**

## MODELO DE AUTORIZACION

		Autorización de Practicas Ambulatorias Fecha 19/01/2024    Nº 3 Centro de atención Sede Central			
<b>BENEFICIARIO</b>					
LOZADA GIRALDO LUZ MYRIAM <small>Apellido y Nombre</small>			INGRESOS <small>Origen</small>	14308 <small>Afiliado</small>	00 0 <small>Orden Dig</small>
Documento Unico <small>Tipo de documento</small>	96184984 <small>N°</small>	62 <small>Edad</small>	PLAN SC-30 <small>Plan</small>	NO <small>Extracapita</small>	
<b>DATOS DE LA ORDEN</b>					
Solicitante (0)			Médico solicitante		
Prestador					
Médico efector			Indicación		
<b>CONTROL</b> Diagnóstico					
<b>PRÁCTICAS</b>					
<small>Código</small>	<small>Descripción</small>	<small>Cantidad</small>	<small>Unidad</small>	<small>Estado</small>	
170111	Ergometría. (X)	1	#	Autorizado	
<b>OBSERVACIONES</b>					
SIN COPAGO					