



GILSA S. R. L.

<b>Vigencia</b>	
<b>1.Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)</b>	
1.1. Cobertura: ▪ INTEGRAL	<b>General 40%</b>
1.2. Pacientes con Patologías Crónicas	<b>Requiere autorización previa</b> (Ver punto 8)
1.3. Plan Materno Infantil:	<b>100%</b> (Ver punto 7)
<b>2.Habilitación del beneficiario:</b>	
2.1. General:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Credencial. Verificar fecha de vencimiento (según muestra). Verificar datos en padrón enviado por la empresa</li> </ul>
2.2. Documento de Identidad (DNI, LC, LE)	
2.3. No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada.	
<b>3.Recetario:</b>	
3.1. General:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De todo tipo (Particular o de Instituciones y Emergencias Médicas)</li> </ul>
3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Denominación de la entidad, aclarando si se trata de INTEGRAL (en caso de que el recetario no sea el oficial de la entidad) (*)</li> <li>• Nombre y apellido del paciente;</li> <li>• Número de afiliado (*)</li> <li>• Sexo y Edad del afiliado - No obligatorio - (**)</li> <li>• <b>Medicamentos recetados consignando el principio activo.</b> Las recetas que no cumplan dicho requisito serán <b>rechazadas</b>.</li> <li>• Cantidad de cada medicamento;</li> <li>• Diagnóstico (su ausencia es motivo de rechazo)</li> <li>• Firma y sello con número de matrícula y aclaración;</li> <li>• Fecha de prescripción;</li> </ul> <p>(*) Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto y/o la denominación de la entidad haya sido omitida por el profesional, la farmacia debe completar dichos datos al dorso, en forma clara y correcta, verificando la credencial del beneficiario e indicando la frase "ver al dorso". El beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad.</p> <p>(**) No deben ser completados por la Farmacia.</p>
<b>4.Validez de la receta:</b>	
El día de la prescripción y los <b>30</b> días siguientes.	
<b>5.Topes de cobertura:</b>	
5.1. Límites de cantidades:	Sin Tratamiento Prolongado
	Con Tratamiento Prolongado <sup>(5.2.)</sup>



**GILSA S. R. L.**

Renglones por receta: Envases por renglón:	Hasta 2 (dos) Hasta 1 (uno)	Hasta 2 (dos) Hasta 1 (uno)
5.2. Tratamiento Prolongado:	Cuando el médico coloca de su puño y letra la frase “Tratamiento Prolongado”, su equivalente o abreviaturas, pueden expendirse las cantidades indicadas en la columna “Con Tratamiento Prolongado”. Debe indicarse además el tamaño y/o contenido de cada uno, por lo que de omitirse este requisito, sólo se entregará un envase del menor tamaño y/o contenido existente.	
5.3. Antibióticos Inyectables:	<b>Presentación</b>	<b>Entregar</b>
	Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla. Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	Hasta 5 (cinco) El menor número posible de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas. Por ejemplo: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expendirse 3 (tres) envases = 6 (seis) ampollas.
5.4. Psicofármacos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia.</li> </ul>	
5.5. Otras especificaciones:	<b>Quando el médico:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>No especifica cantidades</li> </ul>	<b>Debe entregarse:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>El envase de menor contenido.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sólo indica la palabra “grande”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La presentación siguiente a la menor.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equivoca la cantidad y/o contenido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El tamaño inmediato inferior al indicado.</li> </ul>
<b>6.Exclusiones:</b>		



**GILSA S. R. L.**

<p>Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el Manual Farmacéutico o similares, con excepción de lo siguiente, que quedan excluidas de la cobertura:</p>	<p>6.1. Accesorios. (Material de curaciones, descartable, tiras reactivas, etc.);</p> <p>6.2. Agentes Inmunosupresores, inmunoterápicos e Inmunomoduladores;</p> <p>6.3. Agentes para contraste radiológico;</p> <p>6.4. Anorexígenos;</p> <p>6.5. Antieméticos;</p> <p>6.6. Antisépticos de uso externo;</p> <p>6.7. Callicidas;</p> <p>6.8. Dentífricos;</p> <p>6.9. Derivados de la sangre y Eritropoyetina;</p> <p>6.10. Droga Orlistat (Ej.: Xenical o productos de próxima aparición);</p> <p>6.11. Drogas Oncohematológicas (ej.: Leucomax, Neupogen, factores estimulantes de colonias).</p> <p>6.12. Drogas utilizadas en el tratamiento del sida;</p> <p>6.13. Elementos fijadores y de limpieza de prótesis dentales, pastas, polvos e hilo dental, tópicos y cremas gingivales, preventivas;</p> <p>6.14. Fórmulas magistrales, flores de Bach, homeopatía y herboristería;</p> <p>6.15. Leches Medicamentosas (<b>ver punto 7</b>)</p> <p>6.16. Productos de perfumería, cosmética y dermatocosmética;</p> <p>6.17. Productos de uso exclusivo en internación;</p> <p>6.18. Productos de venta libre;</p> <p>6.19. Productos dietéticos y alimenticios;</p> <p>6.20. Productos para quimioterapia antineoplásica (oncológicos);</p> <p>6.21. Productos que regulan la natalidad. (Anticonceptivo orales, locales) (*)</p> <p>6.22. Productos para tratamiento de la esterilidad;</p> <p>6.23. Productos sin troquel;</p> <p>6.24. Soluciones parenterales de pequeño y gran volumen;</p> <p>6.25. Sueros e Inmunoglobulinas;</p> <p>6.25. Tiras Reactivas (*).</p> <p><b>Aclaración:</b> Las <b>Vacunas</b> cuentan con 40% de descuento.</p> <p>(*) Con <b>autorización previa</b> de la Entidad.</p>
<p><b>7. Plan Materno Infantil:</b></p>	
<p>7.1. Identificación del Beneficiario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Madre</li> <li>- Niños (menores de 1 año):</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Credencial con la sigla PMI</li> <li>• Credencial con la sigla PMI o documento/ partida de nacimiento que indique la edad del mismo</li> </ul>
<p>7.2. Productos Cubiertos al 100%:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Leches Medicamentosa:</b> Con <b>autorización previa</b> de la Entidad</li> <li>• <b>Vacunas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incluidas en el Calendario Oficial de Vacunación</li> <li>- Vacuna contra la Hepatitis A (*)</li> <li>- Vacunas <b>Quíntuple</b> y <b>Séxtuple</b> (*)</li> <li>- Vacunas Antitetánicas (PMI – Madre)</li> </ul> </li> <li>• <b>Resto de los productos:</b> Similar al resto de los planes</li> </ul>



**GILSA S. R. L.**

7.3. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Similar al resto de los planes. Debe indicar "Plan Materno Infantil" de puño y letra del profesional.</li> </ul>
7.4. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Similar al resto de los planes.</li> </ul>
<b>8. Pacientes con Patologías Crónicas</b>	
8.1. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Previamente autorizado por la Entidad (ver punto 9)</li> </ul>
8.2. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo que se encuentre autorizado</li> </ul>
8.3. Descuento a aplicar:	
8.4. Límites de cantidad:	
<p><b>ATENCIÓN – MUY IMPORTANTE</b></p> <p>Cuando los afiliados no presentan el recetario autorizado que los habilita a la cobertura para cronicidad, la farmacia debe realizar el 40% de descuento, teniendo en cuenta las normativas generales vigentes.</p>	
<b>9. Autorizaciones Especiales:</b>	
<p>Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos, cuando se hallen autorizadas por INTEGRAL con firma, sello y porcentaje.</p>	
<b>10. Medicamentos Faltantes:</b>	
<p>Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta.</p>	
<b>11. Datos a completar por la farmacia:</b>	
11.1. Fecha de venta;	
11.2. Sigla "S/T", si correspondiera.	
11.3. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales)	
11.4. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;	
11.5. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos. Sólo en el caso de que no sea el afiliado el que los retire, la persona que se presente deberá agregar también su <b>Número de Documento</b> .	
<b>12. Recomendaciones Especiales:</b>	
12.1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente;	
12.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acuerdo al orden de la prescripción.</li> <li>• Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.</li> <li>• Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).</li> </ul>
12.3. Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.	
<b>13. Presentación de Recetas:</b>	
<p>Todas las recetas de INTEGRAL <u>deben presentarse bajo un único plan "MIXTO"</u>. Es decir <b>sin separarlas por porcentaje de descuento</b>.</p> <p>El porcentaje de descuento aplicado en cada caso debe figurar en el ticket de venta o bien agregado junto a la prescripción en forma manuscrita.</p> <p><b>En los resúmenes de liquidación y facturaciones se deben volcar los importes correspondientes identificando el plan como "MIXTO"</b>.</p> <p><b>Las recetas son refacturables en todo caso excepto que el afiliado no pertenezca a la obra social, no este en padrón informado o sea un producto no reconocido.</b></p> <p>Las recetas se presentaran acompañadas de un resumen, en adelante denominado facturación</p>	



**GILSA S. R. L.**

#### **14. Atención de Consultas:**

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención y facturación, comuníquese vía mail con nuestra Auditoría de Facturación:

[AndreaE@integralsalud.com.ar](mailto:AndreaE@integralsalud.com.ar)

#### **15. Muestra de Credenciales:**



CREDECIAL PROVISORIA

**INTEGRAL**  
*compromiso  
médico*

Apellido y Nombres

N° de Afiliado      Ingreso      Plan

--	--	--