

1. OBJETIVO

Establecer claramente la metodología para la provisión de medicamentos para Discapacidad según el Contrato con la Obra Social.

2. ALCANCE

Abarca desde la Acreditación de Discapacidad de los afiliados, el pedido de medicación a Farmanexus, la autorización del tratamiento hasta la entrega del medicamento realizada por una farmacia de la Red de Farmanexus.

3. RESPONSABLES

- **Gerencia de Operaciones:** Diseñar, dar las pautas para la correcta aplicación de este instructivo, así como de mantenerlo actualizado, verificar que se cumplan los requerimientos establecidos en el mismo y hacer envío al Cliente
- **Centro de Atención:** Atender las inquietudes a delegaciones y Afiliados en los tiempos y con los procedimientos establecidos internamente por Farmanexus.
- **Contrataciones de Farmacias:** Realizar la Gestión conforme tiempos y con los procedimientos establecidos internamente por Farmanexus
- **Procesamiento de Datos.:** Realizar la Gestión de carga de Recetas conforme tiempos y con los procedimientos establecidos internamente por Farmanexus
- **Obras Sociales y Delegaciones.:** Conocer el presente documento, comunicar éste instructivo a los involucrados en sus instalaciones para la correcta ejecución, dar cumplimiento, solicitar su actualización e informar cualquier novedad a la Gerencia de Operaciones de Farmanexus en caso de requerirlo.
- **Responsable de Calidad:** Garantizar que el presente documento se ajuste a los requerimientos de la norma ISO 9001:2008 y los establecidos por Farmanexus.

4. DEFINICIONES Y TERMINOS

Nativo: Sistema de carga y gestión de convenios.

5. DESARROLLO

5.1. FORMULARIOS

5.1.1. Formulario de Discapacidad (OP.PD.FO.11):

Es el formulario utilizado para solicitar medicamentos asociados a una patología de Discapacidad. Debe ir acompañado del Certificado de Discapacidad la primera vez y cada vez que el Certificado sea renovado.

Este formulario puede ser descargado de la Página:

<http://www.grupoproyecta.com.ar/pdf/discapacidad.pdf>

INSTRUCTIVO DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS PARA DISCAPACIDAD

FARMANEXUS

RECETA DISCAPACIDAD
VÁLIDO SOLO PARA MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON DISCAPACIDAD - COBERTURA 100%

OBRASOCIAL (SIGLAS) **N° S.S.S.**

DATOS DEL AFILIADO
 APELLIDO NOMBRE SEXO F M
 DOC. TIPO NRO. FECHA DE NACIMIENTO
 N° AFILIADO TELEFONO
 CALLE N° PISO OPTO. COD. POSTAL BARRIO
 LOCALIDAD PROV. EMAIL (CORREO ELECTRONICO)

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)
 APELLIDO NOMBRE
 MATRÍCULA ESPECIALIDAD

TIPO DE ENFERMEDAD CAUSAL
 CONGÉNITA ☐ DEGENERATIVA MUSCULAR ☐
 ADQUIRIDA ☐ REUMATOLÓGICA ☐
 NEUROLÓGICA ☐ PSIQUIÁTRICA ☐
 TRAUMATOLÓGICA ☐ OTRA ☐

SÍNTOMAS DOMINANTES
 CONVULSIONES ☐ DEFORMIDAD ☐
 RETRASO MOTRIZ ☐ DOLOR ARTRICULAR ☐
 RETRASO MENTAL ☐ PSIQUIÁTRICOS ☐
 ESPASTICIDAD ☐

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL / ACLARACIONES

TRATAMIENTO SOLICITADO

MONODROGA	POTENCIA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENSUALES

Datos del Beneficiario: es necesario que se encuentren lo más completos posible. Pueden ser completados por el mismo beneficiario.

Datos del Médico Tratante: los datos son obligatorios la primera vez que el médico usa el formulario para prescribir. Una vez dado de alta en nuestro sistema no son datos obligatorios.

Tipo Enfermedad Causal/Síntomas Dominantes: Datos requeridos por la auditoría médica.

Diagnostico/ Aclaraciones: registrar cualquier información que crea relevante para la autorización del tratamiento por el auditor médico

Tratamiento: Siempre debe indicar el tratamiento completo. Es obligatorio completar la dosis diaria consumida de cada medicamento.

* Es requisito indispensable adjuntar copia del certificado de discapacidad a los fines de una correcta auditoría.

NOTA:
Prescripción: "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indica, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración". (Ley 19.649, art. segundo).

FECHA

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO

• Los medios para enviar formularios son: por correo electrónico a recapcion@farmanexus.com.ar / Por Whatsapp [5493463276](https://wa.me/5493463276)

• Para cualquier consulta comuníquese al info@farmanexus.com.ar / al [5493463276](tel:5493463276) En horario de 08 a 19 hs los días hábiles.

• Señor profesional: Por favor a su disposición nuestra página web, (www.farmanexus.com.ar) donde podrá encontrar los protocolos en uso, la información útil a los fines de cumplir las normas de uso que avalan los programas en los que usted inscribe a su paciente.

GO.PD.FO.11
VERS. 2.0 VIGENTE 08/09/2017

Formulario de Discapacidad

5.2. RECHAZO FORMULARIOS

Las causales de rechazos de los formularios receta:

1. Fecha de preinscripción vencida o inexistente.
2. Firma y sello medico inexistente o ilegible.
3. Receta ilegible.
4. Certificado de discapacidad vencido.
5. Ausencia de autorización de la obra social (si corresponde).
6. Falta documentación (certificados de discapacidad, información médica, etc.).
7. Afiliado dado de baja.
8. Potencia prescrita incorrecta.
9. Potencia inexistente/no especifica forma farmacéutica.
10. Monodroga no cubierta.
11. Medicación pendiente de retiro.

5.3. ACREDITACIÓN DE DISCAPACIDAD

- 1.1.1.El afiliado deberá presentar el Formulario de Discapacidad del punto 5.1.1 completo por el Profesional Médico junto con el Certificado de Discapacidad. El médico debe indicar el tratamiento completo, cada 6 meses o ante algún cambio en el mismo.
- 1.1.2.El Certificado de Discapacidad deberá ser enviado junto con el Formulario de Discapacidad cada vez que el mismo sea renovado.
- 1.1.3.En caso de realizar un pedido de medicación con el Formulario de Discapacidad y el Certificado de Discapacidad se encuentre vencido, el pedido de medicación quedará **RECHAZADO**.
- 1.1.4.En caso que el Certificado de Discapacidad se encuentre vencido con menos de 30 días desde la fecha de vencimiento y la Obra Social corrobore que el mismo se encuentra en Trámite, se dará curso a la provisión de Medicación solo para un mes de tratamiento.

5.4. SOLICITUD DE MEDICAMENTOS

El afiliado o quien la Obra Social designe deberá enviar **COPIA LEGIBLE** de los Formularios correspondientes a Farmanexus por una de las siguientes vías:

Correo Electrónico:	repcion@farmanexus.com.ar
WhatsApp (foto)	(011) 3298-1473
Fax:	(011)-5239-1522

5.4.1. Farmanexus procesa y autoriza las solicitudes de medicación en sistema Nativo.

5.4.2. El afiliado debe contactarse luego de 72 hs. Hábiles con nuestro Centro de Atención para conocer el estado de su trámite y la farmacia donde retirar la medicación.

Centro de Atención	Correo Electrónico	Teléfonos	Horario
Afiliados	info@farmanexus.com.ar	0810-3453-276 011-5031-3700	Lunes a viernes 8hs a 19hs
Delegaciones y Obras Sociales.	delegaciones@farmanexus.com.ar	(011)-5031-3701 (011)-5031-3702	Lunes a viernes 8hs a 17hs

5.5. AUDITORIA MÉDICA

5.5.1. La Obra Social o Farmanexus realiza la auditoría médica basándose en la información médica consignada en el Formulario de Discapacidad. La auditoría médica puede solicitar ampliación de la información médica para determinar si corresponde o no el beneficio en los casos en la documentación presentada no sea suficiente o la información sea incompleta.

5.5.2. La auditoría médica podrá reducir las cantidades prescriptas en caso de considerarlas excesivas hasta recibir la información médica solicitada.

5.5.3. Farmanexus comunicará la medicación no autorizada por motivos de auditoría médica o administrativos como los indicados en el punto D. La Obra Social podrá autorizar especialmente (revertir el rechazo) de cualquier de ellos poniéndose en contacto con Farmanexus enviando un email.

Centro de Atención	Correo Electrónico	Teléfonos	Horario
Delegaciones y Obras Sociales.	delegaciones@farmanexus.com.ar	(011)-5031-3701 (011)-5031-3702	Lunes a viernes 8hs a 17hs

5.6. AUTORIZACION DEL TRATAMIENTO

Farmanexus autorizará el tratamiento por un periodo de 6 meses con dispensaciones de medicación para hasta 2 meses de tratamiento en una sola entrega, siempre que el beneficiario concurra a la farmacia con las prescripciones confeccionadas para dichas cantidades.

5.7. DISPENSACION DE MEDICAMENTOS

Debido a que algunos medicamentos no son de comercialización frecuente y poseen regulaciones estrictas, las farmacias pueden no tener dichos medicamentos en Stock (esto es más frecuente en Psicotrópicos y Estupefacientes).

En el caso de Estupefacientes, los afiliados deberán concurrir con los recetarios oficiales a la Farmacia.

5.7.1. Dispensación de Farmacia (medicación del stock de la Farmacia):

- 5.7.1.1. El afiliado concurre a la farmacia de la Red de Farmanexus indicada por el Centro de Atención con Carnet ó DNI y la prescripción de los medicamentos.
- 5.7.1.2. La Farmacia verifica la medicación autorizada en el sistema: monodroga, dosis, cantidad de cajas y elige, con consentimiento del afiliado, una marca comercial.
- 5.7.1.3. Al validar la receta el sistema indica si el medicamento se encuentra autorizado y el porcentaje de cobertura, en caso de que el paciente se encuentre empadronado y el medicamento esté autorizado entonces indicará cobertura al 100%, en caso contrario indicará menor cobertura (si el producto se encuentra incluido en al vademécum de agudos) o ninguna si el producto no tiene ningún tipo de cobertura.

IMPORTANTE!!! Ante cualquier inconveniente comunicarse con:

Centro Atención	Correo Electrónico	Teléfonos	Horarios
Beneficiarios	info@farmanexus.com.ar	0810-3453-276 011-5031-3700	Lunes a viernes 8hs a 19hs
Delegaciones y Obras Sociales.	delegaciones@farmanexus.com.ar	5031-3701 5031-3702	Lunes a viernes 8hs a 17hs