

SASA

SOLGEN S.A. para los afiliados de Soluciones Asistenciales S.A.- SASA

Cod. O.S. 10944

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): ABRIL 2019

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO	O.S.	AFILIADO	OBSERVACIONES
Común	50%	50%	
Grupo Ie – Asiste	50%	50%	Solamente prestación para el titular de la credencial o cupón de pago: el nombre del titular debe figurar en la receta. (Ver modelo)
Credipaz	50%	50%	Si la receta pertenece al Titular o adicional: debe figurar el Nombre completo y el número de tarjeta (en caso de omisión, el número de tarjeta puede ser indicado por el farmacéutico).
Trat. Prolongado	50%	50%	En los casos donde la receta tenga la leyenda "Tratamiento prolongado" deberá validarse en dicho plan. Hasta 2 envases grandes por renglón, donde ambos pueden ser medianos o grandes.
Autorizados 50%	50%	50%	La Obra social podrá autorizar vía fax el expendio de su vademécum, mayores cantidades y/o tamaños, indicando en la autorización el porcentaje de cobertura a reconocer (50%, 70% o 100%).
Autorizados 70%	70%	30%	
Autorizados 100%	100%	—	

Reconocerá únicamente los productos prescriptos por nombre genérico que figuren en el vademécum de SASA.

PRODUCTOS POR RECETA: 2 (dos) de distinto principio activo.

UNIDADES POR RENGLÓN: 1 (una).

Con leyenda "Tratamiento Prolongado" se podrá dispensar hasta 2 (dos) unidades por renglón.

UNIDADES POR TAMAÑO:

Ambos productos pueden ser medianos o grandes.

Tamaño no especificado: dispensar la menor presentación.

Cuando especifica grande: dispensar la presentación siguiente a la de menor tamaño.

Antibióticos inyectables: Monodosis: cinco (05) – Multidosis: uno (01)

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Particular: Son válidos los recetarios de Hospitales, Clínicas, Sanatorios y de la Agremiación Médica a la cual pertenezca el Profesional Médico

Otros: “Grupo le – Asiste” (Ver Modelo)

- Prescripción por genérico según la ley Nro. 25.649/02
 - Cantidad de cada medicamento en números y letras.
 - Enmiendas del prescriptor: solo salvadas con su firma y sello (NO válido para recetas electrónicas/digitales).
 - Enmiendas del farmacéutico: salvadas por él mismo con conformidad del afiliado/tercero (NO válido para recetas electrónicas/digitales de validación obligatoria)
 - Enmiendas del afiliado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.
-

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

30 días (se cuenta el día de la prescripción)

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 - Incluyendo el código de barras.
 - Si no tiene troquel, colocar código de barra o la sigla S/T con firma de conformidad del afiliado.
 - Fecha de Venta, en caso de que no figure en el comprobante de validación.
 - Cantidad (en números) de envases entregados.
 - Adjuntar copia del comprobante de validación donde consten los precios unitarios y totales, caso contrario la receta deberá ser valorizada, aclarando que la firma del afiliado solo debe figurar en la receta y no en el comprobante de validación.
 - Sello y firma de la farmacia.
 - Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio y teléfono.
 - Las enmiendas de precios deberán ser salvadas por el farmacéutico y por la persona que retira los medicamentos.
-

MODELOS DE RECETARIOS

Recetario Oficial Plan “Grupo le – Asiste”



COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 n° 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar



MODELOS DE CREDENCIALES

Cupón de pago para Plan “Grupo le – Assiste” – Equivale a la credencial

I.E. EMERGENCIAS ZONA CENTRO S.A. Calle 30 897 3008 Tel. (03345) 465303 6869 25 de Mayo (Bto. As.) I.V.A. RESPONSABLE INSCRIPTO C.U.I.T. 30-7108084-2 - Ins. Dto. 30-7108084-2 Fecha Inicio Act. 10/10/19	
21	04/02/2019
Nombre y Apellido	
Domicilio:	
Tel:	
ESENCIAL - N	
Clave	
ID	104038
Zona:	3
Grupo Filar:	3
2019	Febrero
\$	410.00

Modelo Credencial (Plan Común)



Modelo Credenciales CREDIPAZ:



COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 n° 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30

www.colfarma.org.ar



RESUMEN

Carátula: on line

Cantidad: Una

Presentación: Mensual

Refacturación: 60 días desde su recepción.

CUIT

30-70818882-0

CTRL F: para buscar palabra clave.

WEB: WWW.COLFARMA.ORG.AR /

Para consultas sobre esta norma de atención comunicarse a Mesa de Ayuda:

mail: ayudaonline@colfarma.org.ar / Tel: 0810 333 4133 / wsp: 011 51476648