

NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE: LA SEGUNDA ART

DESCUENTOS A CARGO DE LA SEGUNDA ART:	
AMBULATORIO.:	100% (Cien por ciento)

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO	
<ul style="list-style-type: none">• DOCUMENTO DE IDENTIDAD y RECETA	

RECETARIO	
<ul style="list-style-type: none">• CONVENCIONAL• DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:<ul style="list-style-type: none">• NOMBRE DE LA ART (“LA SEGUNDA ART”)• Nombre y Apellido del paciente.• Número de DOCUMENTO ó CUIL del paciente• Numero de Siniestro• 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.• DIAGNOSTICO• Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.	

VALIDEZ DE LA RECETA	
30 (treinta) Días desde de la fecha de prescripción.	

LÍMITES DE CANTIDADES	
<ul style="list-style-type: none">• CANTIDAD DE RENGLONES: 3 (tres).• POR RECETA: Hasta 6 (seis) envases.• POR RENGLÓN: Hasta 2 (dos) envases.• ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS: Hasta 5 (cinco) envases• ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS: Hasta 2 (dos) envases	

LÍMITES DE TAMAÑOS

HASTA 2 (DOS) DEL MAYOR TAMAÑO POR RENGLÓN

OTRAS ESPECIFICACIONES**CUANDO EL MÉDICO**No indica tamaño
Sólo indica GRANDE

Equivoca cantidad

DEBE ENTREGARSEEl 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.
 - Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).
- Número de orden de la receta.
- Fecha de Venta.
- Precios unitarios y totales (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).
- 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.

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.

EXCLUSIONES:

Los descuentos indicados en este instructivo **se aplican sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta comprendidas en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos.**

Quedan excluidos los productos que figuran en el listado de GRUPOS TERAPÉUTICOS SIN COBERTURA,

MUY IMPORTANTE

- Antes de rechazar una receta por no cumplir con los requisitos de esta norma operativa, incluyendo los productos prescritos, solicitar autorización al:

Teléfono: **0800-444-2782**

Correo electrónico: tableroart@avalian.com

(Se podrá facturar aclarando el número de autorización en la receta o adjuntando la orden)

- *En los casos que se detecte que los productos recetados no se corresponden con la patología del paciente o que ostensiblemente no correspondan a la especialidad del médico prescriptor, informar a la Auditoría Médica de LA SEGUNDA ART, a los teléfonos indicados en el párrafo anterior.*
- **Si el monto total de la receta supera los \$ 15.000.- la farmacia deberá comunicarse a los teléfonos indicados anteriormente para solicitar su autorización. Toda receta cuyo monto total supere los \$ 15.000.- y no posea la autorización correspondiente, será indefectiblemente debitada.**

GRUPOS TERAPÉUTICOS SIN COBERTURA

ALIMENTOS – ANTIANDROGÉNICOS – ANTICONCEPTIVOS - ANTIESTROGÉNICOS
ANTINEOPÁSICOS – COSMÉTICOS – DIETÉTICOS - DROGAS INMUNOMODULADORAS
DROGAS INMUNOSUPRESORAS - FÓRMULAS MAGISTRALES - HERBORISTERÍA
HOMEOPÁTICOS – LECHEs - MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLÓGICO
ONCOLÓGICOS Y CITOSTÁTICOS - PRODUCTOS DE PRESENTACIÓN Y/O USO
HOSPITALARIO - PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL
MASCULINA (Ej.: Vimax, Sidefil, Lumix, etc.). - PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA
OBESIDAD (Ej.: Xenical). - SOLUCIONES PARENTERALES - SONDAS / GUIAS PARA SUERO
PRODUCTOS DE VENTA LIBRE

EXCEPCIONES A LOS GRUPOS TERAPÉUTICOS SIN COBERTURA

- IODOPOVIDONA en todas sus presentaciones
- Gasas
- Vendas
- Tela adhesiva

- **IBUPROFENO en todas sus presentaciones, incluyendo los de venta libre.**