

## NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE: **SAN FRANCISCO ART-MUTUAL**

### DESCUENTOS A CARGO DE SAN FRANCISCO ART-MUTUAL:

AMBULATORIO: 100% (Cien por ciento)

### DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

- RECETA, DOCUMENTO DE IDENTIDAD **y/o** FOTOCOPIA DE SOLICITUD DE ATENCIÓN (la que debe ser adjuntada a la receta para su liquidación) **y/o** PARTE MÉDICO (la copia debe ser adjuntada a la receta para su liquidación)

### RECETARIO

- CONVENCIONAL
- DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:
  - NOMBRE DE LA ART ("SAN FRANCISCO ART-MUTUAL")
  - Nombre y Apellido del paciente.
  - Número de CUIL ó TIPO y N° de DOCUMENTO
  - Número de Siniestro / Denuncia (NO EXCLUYENTE)
  - Nombre de la Empresa a la que pertenece el beneficiario y el N° de CUIL de la misma.
  - Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expondrá solamente uno).
  - Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.
  - Fecha de prescripción.
  - DIAGNOSTICO

**LA AUSENCIA DE CUALQUIERA DE LOS DATOS INDICADOS ANTERIORMENTE ES MOTIVO DE DÉBITO.**

  - Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.

### VALIDEZ DE LA RECETA

5 (cinco) días.

### 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
- ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS: Hasta 2 (dos) envases

## NORMAS DE ATENCIÓN

<b>LÍMITES DE TAMAÑOS</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>HASTA UN PRODUCTO DE TAMAÑO MAYOR POR RENGLÓN CON LEYENDA "TRATAMIENTO PROLONGADO"</li> </ul>

<b>OTRAS ESPECIFICACIONES</b>	
<u>CUANDO EL MÉDICO</u> No indica tamaño Sólo indica GRANDE  Equivoca cantidad	<u>DEBE ENTREGARSE</u> El de menor contenido La tamaño SIGUIENTE AL MENOR El tamaño inmediato inferior

<b>DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adjuntar los troqueles del siguiente modo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>De acuerdo al orden de prescripción.</li> <li>Incluyendo el código de barras.</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> </li> <li>Número de orden de la receta.</li> <li>Fecha de Venta.</li> <li>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)</li> <li>Sello y firma de la farmacia.</li> <li>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).</li> <li>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.</li> </ul>

<b>MEDICAMENTOS FALTANTES:</b>	
	<p>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. En los casos que el faltante sea debido a circunstancias del mercado, la farmacia deberá contactar al profesional médico para notificar esta situación.</p>

<b>EXCLUSIONES:</b>	
	<p><b>Los descuentos</b> indicados en este instructivo <b>se aplican sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta comprendidas en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos.</b> Quedan excluidos los productos que figuran en el listado de GRUPOS TERAPÉUTICOS SIN COBERTURA.</p>

**PSICOFÁRMACOS**

- El profesional debe confeccionar además un segundo recetario según normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia.

**AUTORIZACIONES ESPECIALES****IMPORTANTE**

Antes de rechazar alguna receta por no cumplir con la presente norma de atención, Comunicarse las 24 Hs del día para solicitar autorización al: **0-800-3453007** (incluyendo aquellos casos en que sean prescriptos productos no cubiertos.)

**GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA**

- ALIMENTICIOS Y DIETÉTICOS
- ANESTÉSICOS
- ANTIANDROGÉNICOS
- ANTIESTROGÉNICOS
- ANTINEOPÁSICOS
- DROGAS INMUNOMODULADORAS
- DROGAS INMUNOSUPRESORAS
- ONCOLÓGICOS Y COTPSTÁTICOS
- PRODUCTOS DE PRESENTACIÓN Y/O USO HOSPITALARIO
- ANOREXÍGENOS Y ANABÓLICOS
- ANTICONCEPTIVOS Y ANOVULATORIOS FÍSICOS O QUÍMICOS
- COSMETICA
- CHAMPUES DE TODO TIPO
- ESTÉTICOS (Anticelulíticos, Antiarrugas, Fotoenvejecimiento, etc.)
- ESTIMULANTES DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL.
- EXTRACTOS DE ORGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS DE CULTIVO ANIMALES Y/O VEGETALES.
- FLORES DE BACH
- GINSENG
- HORMONAS DE CRECIMIENTO
- LECHES EN POLVO SIMPLES O COMPUESTAS
- ODONTOLÓGICOS (Pastas, polvos, dentífricos, artículos de limpieza, etc.)
- PARCHES DE NICOTINA
- REACTIVOS PARA EL DIAGNÓSTICO
- RECETAS MAGISTRALES HOMEOPÁTICAS Y ALOPÁTICAS
- SUSTITUTOS DE LA SAL
- HERBORISTERÍA
- PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD (Ej: Xenical)
- PRODUCTOS DE VENTA LIBRE