**NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE:**

***ASOCIART ART***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DESCUENTOS A CARGO DE | ASOCIART | ART: |  |
| AMBULATORIO.: | 100% (Cien por ciento) |

|  |  |
| --- | --- |
| DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO |  |
| * DOCUMENTO DE IDENTIDAD, 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 MISMATINTA:
	+ NOMBRE DE LA ART (“ASOCIARTART”)
	+ Nombre y Apellido delpaciente.
	+ Número de CUIL ó TIPO y Nº deDOCUMENTO
	+ Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expenderá solamenteuno).
	+ Firma y sello con número de matrícula del profesional yespecialidad.
	+ Fecha deprescripción.

***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 yfirma.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| VALIDEZ DE LA RECETA |  |
| 15 (quince) días. |

|  |  |
| --- | --- |
| LÍMITES DE CANTIDADES |  |
| * CANTIDAD DE RENGLONES:5(cinco).
* POR RECETA: Hasta 5 (cinco)envases.
* POR RENGLÓN: Hasta 1 (un)envase.
* ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS: Hasta 5 (cinco)envases
 |

# LÍMITES DE TAMAÑOS

* HASTA UN PRODUCTO DE TAMAÑO MAYOR POR RENGLÓN (si el médico no indica o equivoca, se expenderá el de menor tamaño)

|  |  |
| --- | --- |
| DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA |  |
| * Adjuntar los troqueles del siguientemodo:
	+ 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 debarras).
* Número de orden de lareceta.
* 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 lafarmacia.
* Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento. (La ausencia de estos datos es motivo dedébito).
* 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,quiendebe 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. |

|  |  |
| --- | --- |
| PSICOFÁRMACOS |  |
| * El duplicado que queda en poder de la farmacia, deberá cumplir con lo previstoen las normas legales vigentes, para cada juridiscción.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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: 0-800-8880093/95 (incluyendo aquellos casos en que sean prescriptos productos no cubiertos.) |

# EXCLUSIONES

**Los descuentos** indicados en este instructivo **se aplican solamente sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta** “***con excepción de las comprendidas en listado de grupos terapéuticos excluidos***” cuya nómina es emitida por ASOCIART ART.

***ASOCIART ART también cubre al 100% de descuento productos de Venta Libre y ACCESORIOS* (por Ej. gasas, vendas, taco para yeso, descartables habituales, vendas elásticas, H2O2, rifocina, etc.)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|
|
|  |
|
|
|  |
|
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA**

* ALIMENTICIOS YDIETÉTICOS
* ANESTÉSICOS
* ANOREXÍGENOS YANABÓLICOS
* ANTICONCEPTIVOS Y ANOVULATORIOS FÍSICOS OQUÍMICOS
* COSMETICA
* CHAMPUES DE TODOTIPO
* ESTÉTICOS (Anticelulíticos, Antiarrugas, Fotoenvejecimiento,etc.)
* ESTIMULANTES DE LA DISFUNCIÓNSEXUAL.
* EXTRACTOS DE ORGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS DE CULTIVO ANIMALES Y/O VEGETALES.
* FLORES DEBACH
* GINSENG
* HORMONAS DECRECIMIENTO
* LECHES EN POLVO SIMPLES OCOMPUESTAS
* ODONTOLÓGICOS(Pastas,polvos,dentífricos,artículosdelimpieza,etc.)
* PARCHES DENICOTINA
* REACTIVOS PARA ELDIAGNÓSTICO
* RECETAS MAGISTRALES HOMEOPÁTICAS YALOPÁTICAS
* SUSTITUTOS DE LASAL