

## **NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE: LA SEGUNDA ART**

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

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

<b>RECETARIO</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• CONVENCIONAL</li><li>• DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:<ul style="list-style-type: none"><li>• NOMBRE DE LA ENTIDAD ("LA SEGUNDA ART)</li><li>• Nombre y Apellido del paciente.</li><li>• Número de DOCUMENTO ó CUIL del paciente</li><li>• Numero de Siniestro</li><li>• Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expenderá solamente uno).</li><li>• Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.</li><li>• Fecha de prescripción.</li><li>• DIAGNOSTICO</li><li>• Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.</li></ul></li></ul>	

<b>VALIDEZ DE LA RECETA</b>	
30 (treinta) Días desde de la fecha de prescripción.	

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

### 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 ENTREGARSE

El 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](mailto: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 \$ 150.000.- la farmacia deberá comunicarse a los teléfonos indicados anteriormente para solicitar su autorización. Toda receta cuyo monto total supere los \$ 150.000.- 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.