

**NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE:
VICTORIA ART****DESCUENTOS A CARGO DE VICTORIA ART:**

AMBULATORIO.: 100% (Cien por ciento)

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

- DOCUMENTO DE IDENTIDAD

RECETARIO

- CONVENCIONAL
- DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:
 - NOMBRE DE LA ART ("VICTORIA ART")
 - Nombre y Apellido del paciente.
 - Número de DOCUMENTO ó CUIL
 - Número de SINIESTRO
 - Nombre de la Empresa donde trabaja (si no se expresa debe ser consignado por el farmacéutico)
 - Fotocopia del documento de identidad del accidentado.
 - 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.
 - Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.

VALIDEZ DE LA RECETA

10 (DIEZ) Días desde de la fecha de prescripción.

LÍMITES DE CANTIDADES

- 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
<ul style="list-style-type: none"> • HASTA 2 (DOS) DEL MAYOR TAMAÑO POR RENGLÓN

OTRAS ESPECIFICACIONES								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;"><u>CUANDO EL MÉDICO</u></td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;"><u>DEBE ENTREGARSE</u></td> </tr> <tr> <td>No indica tamaño</td> <td>El de menor contenido</td> </tr> <tr> <td>Sólo indica GRANDE</td> <td>La tamaño SIGUIENTE AL MENOR</td> </tr> <tr> <td>Equivoca cantidad</td> <td>El tamaño inmediato inferior</td> </tr> </table>	<u>CUANDO EL MÉDICO</u>	<u>DEBE ENTREGARSE</u>	No indica tamaño	El de menor contenido	Sólo indica GRANDE	La tamaño SIGUIENTE AL MENOR	Equivoca cantidad	El tamaño inmediato inferior
<u>CUANDO EL MÉDICO</u>	<u>DEBE ENTREGARSE</u>							
No indica tamaño	El de menor contenido							
Sólo indica GRANDE	La tamaño SIGUIENTE AL MENOR							
Equivoca cantidad	El tamaño inmediato inferior							

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA
<ul style="list-style-type: none"> • Adjuntar los troqueles del siguiente modo: <ul style="list-style-type: none"> • 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). El farmacéutico podrá aclarar el N° de documento o CUIL del paciente. • 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:
<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.</p> <p>En los casos que el faltante sea debido a circunstancias del mercado, la farmacia deberá contactar al profesional médico para notificar esta situación.</p>

EXCLUSIONES:
<p>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.</p> <p>Quedan excluidos los productos que figuran en el listado de GRUPOS TERAPÉUTICOS SIN COBERTURA,</p>

MUY IMPORTANTE

- **Antes de rechazar una receta por no cumplir con los requisitos de esta norma operativa, incluyendo los productos prescriptos, solicitar autorización al *0800-999-9001***

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, Sildenafil, Lumix, etc.).
PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD (Ej.: Xenical).
SOLUCIONES PARENTERALES
SONDAS / GUIAS PARA SUERO
PRODUCTOS DE VENTA LIBRE