

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

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

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO	
<ul style="list-style-type: none"> • CREDENCIAL DEL BENEFICIARIO DE LIBERTY ó SOLICITUD DE ATENCIÓN LLENADA POR EL EMPLEADOR ó COPIA DEL FORMULARIO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE Y ADEMÁS EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD • Copia del Formulario de Denuncia de Accidente o de la Solicitud de Atención deberá adjuntarse a la receta. En caso de no contar con esta documentación la farmacia deberá requerir autorización al TE: 0800-666-2000 	

RECETARIO	
<ul style="list-style-type: none"> • OFICIAL ó 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 <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y Apellido del paciente. • Número de DOCUMENTO ó Número de SINIESTRO • Nombre de la Empresa donde trabaja el asegurado. • 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 o en su defecto el médico podrá aclarar estos datos.. • Fecha de prescripción. • Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma. 	

VALIDEZ DE LA RECETA	
15 (quince) días corridos desde de la fecha de prescripción.	

LÍMITES DE CANTIDADES	
<ul style="list-style-type: none"> • CANTIDAD DE RENGLONES:3 (tres). • POR RECETA: Hasta 3 (tres) envases de distinta especialidad • POR RENGLÓN: Hasta 1 (un) envase. • ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS: Hasta 5 (cinco) envases • ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS: Hasta 1 (un) envase 	

LÍMITES DE TAMAÑOS

- HASTA 1 (uno) DEL MAYOR TAMAÑO POR RENGLÓN

OTRAS ESPECIFICACIONESCUANDO 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.
- 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 del paciente.
- **Adjuntar copia de Solicitud de Atención ó del Formulario de Denuncia de Accidente. En caso de no contar con esta documentación se deberá requerir autorización al TE 0800-666-2000**
- 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.
- Las recetas podrán ser presentadas hasta 60 días posteriores a su fecha de expendio, pasado dicho plazo serán indefectiblemente debitadas.

PSICOFÁRMACOS

El profesional debe confeccionar además un segundo recetario de acuerdo a las normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia.
Las fotocopias de recetas no tienen validez.

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.
En los casos que el faltante sea debido a circunstancias del mercado, la farmacia deberá contactar al profesional médico para notificar esta situación.

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 0800-666-2000 (las 24 hs. los 365 días del año).**
- **Aquellas farmacias que posean servicio de aplicación de inyecciones, podrán brindarlo a solicitud del beneficiarios, fijándose el arancel en al suma de cinco pesos (\$ 5.-) que serán facturados agregándose en el ticket de venta o factura.**

GRUPOS TERAPÉUTICOS SIN COBERTURA

ACCESORIOS MÉDICOS, DE CIRUGÍA Y CURACIÓN.

ALIMENTICIOS

DIETÉTICOS

FÓRMULAS MAGISTRALES

INMUNOSUPRESORES

LECHES

ONCOLÓGICOS Y CITOSTÁTICOS

PERFUMERÍA, TOCADOR Y BELLEZA

PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA

SONDAS Y SUEROS NO ESTÉRILES

PRODUCTOS DE VENTA LIBRE

**El suministro de estos productos sólo podrá efectuarse previa autorización, llamando al:
0800-666-2000**