

## NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE: **EXPERIENCIA ART (ex QBE ART)**

|   |                        |
|---|------------------------|
| DESCUENTOS A CARGO DE LA EXPERIENCIA ART: |                        |
| 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 ART (“EXPERIENCIA ART” ó “QBE ART”)</li> <li>Nombre y Apellido del paciente.</li> <li>Número de DOCUMENTO ó CUIL</li> <li><b>Número de Siniestro (La ausencia de este dato es motivo de débito)</b></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>Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.</li> </ul> </li> </ul> <p style="text-align: center; color: red; margin-top: 5px;"><b>MUY IMPORTANTE: NO SE DEBERÁ SOLICITAR DENUNCIA DE SINIESTRO</b></p> |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>VALIDEZ DE LA RECETA</b>                       |  |
| 10 (DIEZ) 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 3 (tres) envases.</li> <li>POR RENGLÓN: Hasta 1 (un) envase.</li> <li>ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS: Hasta 5 (cinco) envases</li> <li>ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS: Hasta 2 (dos) envases</li> </ul> |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>LÍMITES DE TAMAÑOS</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>HASTA 1 (UNO) DEL MAYOR TAMAÑO POR RENGLÓN</li> </ul> |  |

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

| DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA  |
|--|
| <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 cinta adhesiva.</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). El farmacéutico podrá aclarar el N° de documento o CUIL del paciente.</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> |

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

| APLICACIONES:   |
|---|
| <p>EXPERIENCIA ART reconoce el importe de \$ 25 (pesos veinticinco) por cada aplicación de inyectables efectuada.</p> <p>Dicho concepto debe figurar en la copia del ticket o factura que se adjunta a la receta.</p> |

**MUY IMPORTANTE**

**Antes de rechazar una receta por no cumplir con los requisitos de esta norma operativa, incluyendo los productos prescriptos o la falta de número de siniestro, solicitar autorización al *0800-888-0201 (fax), las 24 hs. los 365 días del año*), indicando que el beneficiario se encuentra en la farmacia esperando dicha autorización.**

**GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA**

- ALIMENTICIOS Y DIETÉTICOS
- ANESTÉSICOS
- ANOREXÍGENOS Y ANABÓLICOS
- ANTICONCEPTIVOS Y ANOVULATORIOS FÍSICOS O QUÍMICOS
- ARTICULOS DE ORTOPEDIA
- 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
- MATERIAL DESCARTABLE
- ODONTOLÓGICOS (Pastas, polvos, dentífricos, artículos de limpieza, etc.)
- PARCHES DE NICOTINA
- PRODUCTOS PARA INTERNACIÓN
- PRODUCTOS SIN TROQUEL.
- REACTIVOS PARA EL DIAGNÓSTICO
- RECETAS MAGISTRALES HOMEOPÁTICAS Y ALOPÁTICAS
- SUSTITUTOS DE LA SAL
- VENTA LIBRE