

NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE GALENO ART

DESCUENTOS A CARGO DE GALENO 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 ("GALENO ART")
 - Nombre y Apellido del paciente.
 - Número de DOCUMENTO ó CUIL
 - Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expondrá 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:

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). 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:

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:

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 *0800-333-1400 (las 24 hs. los 365 días del año)*.**

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