

NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE:
PREVENCIÓN ART (Ex INTERACCION ART) // FONDO DE
RESERVA

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

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO	
<ul style="list-style-type: none">• DOCUMENTO DE IDENTIDAD, RECETA , COPIA DE DENUNCIA DE ACCIDENTE ó Autorización	

RECETARIO	
<ul style="list-style-type: none">• 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• Nombre y Apellido del paciente.• Número de DOCUMENTO ó CUIL• Nombre y CUIL de la Empresa donde trabaja (si no se expresa debe ser consignado por el farmacéutico)• 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 a la receta deberá ser salvada por el médico con sello y firma.• Las correcciones o enmiendas sobre datos del beneficiario podrán ser salvadas por el farmacéutico con sello y firma y conformidad prestada por el beneficiario o tercero.	

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

LÍMITES DE CANTIDADES	
<ul style="list-style-type: none">• CANTIDAD DE RENGLONES: Sin límite.• POR RECETA: Sin límite.• POR RENGLÓN: Sin límite.• ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS: Sin límite• ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS: Sin límite	

LÍMITES DE TAMAÑOS

- SIN LÍMITES

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 de la denuncia de siniestro.**
- **Adjuntar copia del ticket de venta, factura u otro comprobante que acredite el expendio realizado.**

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.



COBERTURA:

Los descuentos indicados en este instructivo **se aplican sobre todas las especialidades medicinales comprendidas en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos y PREVENCIÓN ART también cubre al 100% de descuento ACCESORIOS** (por Ej. gasas, vendas, taco para yeso, descartables habituales, vendas elásticas, H2O2, rifocina, etc.).

MUY IMPORTANTE

- Antes de rechazar una receta por no cumplir con los requisitos de esta norma operativa, incluyendo los productos prescriptos, solicitar autorización al **0810-555-5278** de lunes a viernes de 8 a 18:30 Hs y Sábados de 8 a 12:00 hs.
- Fuera de estos horarios comunicarse al 0800-444-4278

MODELO CARATULA DE PRESENTACION

	PREVENCIÓN A.R.T.		FACAF <small>FEDERACION ARGENTINA DE CAMARAS DE FARMACIAS</small>	Carátula N°:(*) <input style="width: 100%;" type="text"/>
FONDO DE RESERVA (Ex INTERACCION ART)				
N° de prestador (*)		Nombre de la Farmacia		
CUIT:				
Dirección:				
Localidad:				
C.P.:		Provincia:		
Período de Facturación:				
Total de recetas	Importe Total Facturado	Refacturación?		
	\$			

Sello y firma Farmacéutico/a

(*) A completar por Prevención ART