

## NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE: EMERGENCIAS S.A.

### DESCUENTOS A CARGO DE EMERGENCIAS S.A.

<b>PLANES 600/605/710:</b>	<b>40% (Cuarenta por ciento)</b>
<b>PLAN FAMILIA:</b>	<b>40% (Cuarenta por ciento)</b>

### DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

Credencial Definitiva ó Provisoria y Receta  
**IMPORTANTE:** El vencimiento que figura en algunas credenciales NO TIENE VALIDEZ

### RECETARIO

**TIPO:** DE CUALQUIER TIPO

**VALIDEZ:** 30 (treinta) días contados a partir de la fecha de prescripción.

Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional y con la misma tinta:

- ⊗ Nombre de la Entidad (en recetas no oficiales)
- ⊗ Apellido y Nombre del Beneficiario
- ⊗ Número de Beneficiario (En caso de no corresponderse con la credencial la farmacia deberá aclararlo al dorso de la receta, avalando la corrección con la firma del beneficiario).  
Dicho número de beneficiario deberá figurar en el padrón en curso.
- ⊗ Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra cuando supere la unidad.
- ⊗ Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.
- ⊗ Fecha de Prescripción
- ⊗ Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.

### LÍMITES DE CANTIDADES

<b>CANTIDAD DE RENGLONES:</b>	3 (tres)
<b>POR RECETA:</b>	Hasta 6 (seis) envases
<b>POR RENGLÓN:</b>	Hasta 2 (dos) envases
<b>ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS:</b>	Hasta 5 (cinco) por receta

### LÍMITES DE TAMAÑOS

Hasta 2 (Dos) del primer tamaño por renglón (con leyenda Tratamiento Prolongado)  
 Hasta 1 (uno) del segundo o tercer tamaño por renglón (con leyenda Tratamiento Prolongado)

### OTRAS ESPECIFICACIONES

<b>Quando el Médico:</b>		<b>Deberá Entregarse:</b>
No indica Contenido	—————→	El de Menor Contenido
Equivoca Cantidad o Contenido	—————→	El tamaño inmediato inferior

### PSICOFARMACOS

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.

### 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.

### 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 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).
  - ☼ Consignar los importes: Total, A CARGO de EMERGENCIAS SA, A CARGO Afiliado.
- IMPORTANTE:** Toda receta no presentada en el mes correspondiente podrá ser presentada **hasta el mes siguiente**. Pasado dicho plazo serán rechazadas.

**EXCLUSIONES**

Los descuentos indicados en este instructivo **se aplican sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta incluidas en el Manual Farmacéutica o Agenda Kairos, con excepción de las comprendidas en el listado de "Grupos Terapéuticos Excluidos de la Cobertura".**

**AUTORIZACIONES ESPECIALES**

Sólo podrán expenderse recetas que NO cumplan con los requisitos indicados en esta norma de atención, cuando cuando se hallen autorizadas por EMERGENCIAS SA. Es válida la autorización por fax que deberá adjuntarse a la receta.

*Antes de rechazar una receta por cualquier inconveniente, la farmacia consultará a EMERGENCIAS SA, de lunes a viernes de 9 a 18 hs. Tel: 4323-0300 Interno 3018 o al 4323-0328*

**SOBRE LA PRESENTACION**

Las recetas del PLAN FAMILIA deben presentarse en lote por separado del resto de los planes

**GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA**

- |  |  |
|--|--|
| <p>ACCESORIOS DE TODO TIPO<br/>                 DISFUNCIÓN SEXUAL (Masculina y Femenina)<br/>                 INSUMOS ALIMENTACION PARENTERAL<br/>                 FLORES DE BACH<br/>                 AGONISTAS LH-RH<br/>                 ALIMENTICIOS EN GENERAL<br/>                 ANOREXIGENOS<br/>                 ANOVULATORIOS Y ANTICONCEPTIVOS<br/>                 ANTIANDROGENICOS<br/>                 ANTIESTROGENICOS<br/>                 D-NASA (ENFERMEDAD FIBROQUISTICA)<br/>                 INMUNOSUPRESORES E INMUNOMODULADORES<br/>                 INTERFERON<br/>                 L´ACETILCARNITINA<br/>                 MATERIAL DESCARTABLE<br/>                 MEDIOS DE CONTRASTE<br/>                 HOSPITALARIOS<br/>                 TRAT. ENF. FIBROQUISTICA DEL PANCREAS<br/>                 TRAT. DEL SIDA<br/>                 PROD. PARA INHIBIR O PRODUCIR FERTILIDAD<br/>                 VENTA LIBRE</p> | <p>ANTILEUCEMICOS<br/>                 ANTINEOPLASICOS (TODOS)<br/>                 CALCITRIOL<br/>                 CEREDASE (ENF. DE GAUCHER)<br/>                 CINTAS REACTIVAS<br/>                 CITOSTATICOS, ONCOLOGICOS<br/>                 COADYUVANTES DE ONCOLOGIA<br/>                 ESPECIFICOS PARA EL TRAT. ONCOLOGICO<br/>                 GLIADEL<br/>                 ERITROPOYETINAS<br/>                 FORMULAS MAGISTRALES<br/>                 HORMONAS DE CRECIMIENTO<br/>                 INMUNOSUPRESORES PARA TRASPLANTADOS<br/>                 ISOTETRINOINA<br/>                 LECHE DE TODO TIPO<br/>                 MEDICAMENTOS PARA INTERNADOS<br/>                 PERFUMERIA<br/>                 TRAT. DE LA OBESIDAD<br/>                 SOMATOTROPINA<br/>                 TRAT. DE LA FENILCETONURIA<br/>                 TRAT. PARA DROGADEPENDIENTES</p> |
|--|--|

Todos los productos que contengan alguna de las siguientes drogas:

ETANERCEPT - LINEZOLID - PALVIZUMAB

**MODELOS DE CREDENCIALES**



**Credenciales  
 PLAN  
 FAMILIA**



Plan 710

JUAN CARLOS GÓMEZ  
J010010

Medicina a tu alcance

Carnet Personal e Intransferible

Centro de Atención al Cliente: **4323-0313**  
Centro Médico San Miguel: **4451-5460**

NATALIA G. CARRANZA  
D315267/ 001  
PLAN 605

Medicina a tu alcance

Carnet Personal e Intransferible

- Emergencias y Urgencias: **4323-0423**
- Visitas Médicas Domiciliarias: **4323-0433**
- Centro de Atención al Cliente: **4323-0313**

El titular de esta credencial cuenta con la cobertura de la red del SIEM



**MODELO DE RECETARIO OFICIAL**

