

Normas de atención



GALENO ART



DESCUENTO A CARGO DE GALENO ART

AMBULATORIO	100 % (Cien por ciento)
--------------------	-------------------------

DOCUMENTACION DEL BENEFICIARIO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
------------------------	---

RECETARIO

RECETARIO PAPEL	<ul style="list-style-type: none"> • CONVENCIONAL. • Recetarios electrónicos / digitales que cumplan con requisitos de identificación (código de barra, QR, etc.) con firma y sello digital de acuerdo a la reglamentación de la ley. • Recetarios digitales (prescripción preimpresa ya sea total o parcial) sin los requisitos de identificación antes mencionados pero que contengan firma y sello original del profesional.
VALIDEZ	10 (Diez) días desde la fecha de prescripción.



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 expenderá 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.

NO SE REQUIERE DENUNCIA DE SINIESTRO



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

LÍMITES DE TAMAÑOS

Hasta 2 (dos) productos de tamaño mayor por renglon .

OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el medico NO indica tamaño, debe entregarse el de MENOR contenido.
- Cuando el medico solo indica GRANDE, debe entregarse la de tamaño siguiente al menor.
- Cuando el medico se equivoca cantidad, debe entregarse 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 Alfabeta 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 informar esta situación al beneficiario.

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).



VALIDACION ON LINE

Ingresando al sitio: <https://sinval.ddaval.com.ar>

Para homologar su sistema de gestión comunicarse vía mail a la siguiente dirección:
soporte@audibaires.com.ar

GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA 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

