

Normas de atención




**FONDOS DE RESERVA
GALENO ART
INTERACCIÓN ART
LIDERAR ART**



DESCUENTO A CARGO DE SML CM

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

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y RECETA	
---------------------------------	---

RECETARIO

TIPO	RECETAS PRESCRIPTAS EN ORIGINAL (con sello y firma holográficos). EN FORMATO ELECTRÓNICO (Impresas, con o sin sello y firma del médico en original).
VALIDEZ	30 (TREINTA) Días desde de la fecha de prescripción.



DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:

- NOMBRE DE LA ART "Fondo de reserva SSN, SML CM o Cesión de Carteras ART"
- Nombre y Apellido del paciente.
- Número de DOCUMENTO ó CUIL
- **Número de Siniestro (La ausencia de este dato es motivo de débito)**
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expendirá 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 DEBERÁ SOLICITAR DENUNCIA DE SINIESTRO.



VALIDACIÓN ON LINE

La validación on line de las recetas de SML CM ART es obligatoria. Al validador se accede desde el siguiente link: <https://sinval.ddaval.com.ar/>
Si Uds. desea homologar su software de gestión, favor de enviar la correspondiente solicitud al mail: soporte@audibaires.com.ar ; soporte@facaf.org.ar

LÍMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES	3 (tres)
POR RECETA	Hasta 3 (tres) envases
POR RENGLÓN	Hasta 1 (un) envase
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS	Hasta 5 (cinco) envases
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS	Hasta 2 (dos) envases

LÍMITES DE TAMAÑOS

HASTA 1 (UNO) DEL MAYOR TAMAÑO POR RENGLÓN

OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el medico NO indica tamaño, debe entregarse el de menor contenido.
- Cuando el medico solo indica GRANDE, debe entregarse el tamaño siguiente al menor.
- Cuando el medico 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 cinta adhesiva.
- Número de orden de la receta.
- Fecha de Venta.
- Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico Alfabeto 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.

EXCLUSIONES

Los descuentos indicados en este instructivo **se aplican sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta comprendidas en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos.**

Quedan excluidos los productos que figuran en el listado de *GRUPOS TERAPÉUTICOS SIN COBERTURA*.



APLICACIONES

SML CM ART reconoce el 100% del importe por cada aplicación de inyectables efectuada. Dicho concepto debe figurar en la copia del ticket o factura que se adjunta a la receta.

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 0800-345-1600 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

ALIMENTOS Y DIABÉTICOS.
 ANESTÉSICOS.
 ANOREXÍGENOS Y ANABÓLICOS.
 ANTICONCEPTIVOS Y ANOVULATORIOS FÍSICOS O QUÍMICOS.
 COSMÉTICA.
 CHAMPÚES 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.
 LECHE EN POLVO SIMPLES O COMPUESTAS.
 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.



SE ENTREGA SIN AUTORIZACIÓN

GASAS (diferentes tamaños)
PERVINOX/o su equivalente
VENDAS (diferentes tamaños)
CINTAS HIPOALARGENICAS (diferentes tamaños)
CREMA o GASAS PLATSUL.
CREMA CICATRICURE PARA HERIDAS
DERMAGLOS EMULSION
MATERIAL DE ORTESIS BLANDA
Omeprazol, Esomeprazol, Lansoprazol y Pantoprazol (sin distinción de dosis ni presentación, incluyendo las presentaciones de Venta Libre)

MUY IMPORTANTE

TODA RECETA ORIGINAL o DIGITAL / ELECTRONICA DEBE SER VALIDADA, CASO CONTRARIO SERÁ DEBITADA (salvo expresa autorización emitida por SML CM ART o FACAF que indique lo contrario, adjuntando a la receta dicha autorización)

