

**NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE:**  
**MEOPP ART**  
**MUTUAL DE EMPLEADOS Y OBREROS PETROLEROS PRIVADOS**

**DESCUENTOS A CARGO DE MEOPP ART MUTUAL:**

AMBULATORIO.: 100% (Cien por ciento)

**DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO**

- DOCUMENTO DE IDENTIDAD, RECETA, COPIA DE DENUNCIA DE ACCIDENTE

**RECETARIO**

- CONVENCIONAL
- DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:
  - NOMBRE DE LA ART ("**MEOPP ART MUTUAL**")
  - Nombre y Apellido del paciente.
  - Número de DOCUMENTO o CUIL
  - Nombre y Cuit de la Empresa donde trabaja (si no se expresa debe ser completado 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.
  - **LA AUSENCIA DE CUALQUIERA DE LOS DATOS INDICADOS ANTERIORMENTE ES MOTIVO DE DÉBITO.**
  - Las correcciones o enmienda sobre datos del beneficiario podrán ser salvadas por el farmacéutico con sello, firma y conformidad prestada por el beneficiario o tercero

**VALIDEZ DE LA RECETA**

15 (quince) días desde la fecha de prescripción.

**LÍMITES DE CANTIDADES**

- CANTIDAD DE RENGLONES: 3 (tres).
- POR RECETA: Hasta 6 (seis) envases.
- POR RENGLÓN: Hasta 2 (dos) envase.
- ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS: Hasta 2 (dos) envases

**LÍMITES DE TAMAÑOS**

- HASTA DOS PRODUCTO DE TAMAÑO MAYOR POR RENGLÓN (si el médico no indica o equivoca, se expenderá el de menor tamaño)

**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 expedido 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 Farmaceutico o Agenda Farmaceutica Kairos y MEOPP ART MUTUAL tambien cubre al 100% de descuento ACCESORIOS (por Ej. Gasas, vendas, taco para yeso, descartables habituales, vendas elasticas, H202 rifocina, Etc.)

### **MUY IMPORTANTE**

- **Antes de rechazar una receta por no cumplir con los requisitos de esta norma operativa, incluyendo los productos prescritos, solicitar autorización al:**

**Teléfono: *0800-333-2782* de Lunes a Viernes de 8hs a 16hs.**

**Fuera de estos horarios comunicarse al mail:**

**[siniestros-art@meoppart.org.ar](mailto:siniestros-art@meoppart.org.ar)**

- ***En los casos que se detecte que los productos recetados no se corresponden con la patología del paciente o que ostensiblemente no correspondan a la especialidad del médico prescriptor, informar a la Auditoría Médica de MEOPP ART MUTUAL, al mail:***

**[medicina-art@meopp-art.org.ar](mailto:medicina-art@meopp-art.org.ar)**

- ***En todos los casos siempre sugerimos enviar correos con copia a***  
**[estela.carro@meopp-art.org.ar](mailto:estela.carro@meopp-art.org.ar)**

### **GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA**

- ALIMENTICIOS Y DIETÉTICOS
- ANESTÉSICOS
- ANOREXÍGENOS Y ANABÓLICOS
- ANTICONCEPTIVOS Y ANOVULATORIOS FÍSICOS O QUÍMICOS
- ARTICULOS DE ORTOPEDIA (de alto costo)
- COSMETICA
- CHAMPUES 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
- LECHES EN POLVO SIMPLES O COMPUESTAS
- ODONTOLÓGICOS (Pastas, polvos, dentífricos, artículos de limpieza, etc.)
- PARCHES DE NICOTINA
- PRODUCTOS PARA INTERNACION
- REACTIVOS PARA EL DIAGNOSTICO
- RECETAS MAGISTRALES HOMEOPÁTICAS Y ALOPÁTICAS
- SUSTITUTOS DE LA SAL
- VENTA LIBRE