

**LIBERTY ART**  
**NORMAS DE ATENCION PARA LA DISPENSACION DE**  
**MEDICAMENTOS.**

Vigencia: 01/11/2000

Cobertura del servicio: Pais.

**1) PORCENTAJE DE COBERTURA**

100% de franquicia.

**2) USO DE CREDENCIALES**

Credencial Oficial : SI

Credencial Provisoria: NO

**3) TIPO DE RECETARIO**

Recetario Oficial: SI

Recetario Particular: SOLO SE PODRÁ DISPENSAR CON PREVIA  
AUTORIZACIÓN TELEFÓNICA AL TELEFONO 0800-6662000 Ó AL (011)  
4346-0407.

En la receta deberá estar consignado el nombre y apellido del beneficiario, su  
número de socio y en el caso de receta NO oficial, deberá estar consignado el  
nombre LIBERTY ART.

- 4) **VALIDEZ DE LA RECETA:** 15 días corridos a contar de la fecha de  
prescripción. Las recetas vencerán inexorablemente dentro de este plazo, en  
ningún caso puede ser modificada ni salvada por el profesional médico ni por  
ninguna otra persona.

**5) FECHA DE PRESCRIPCIÓN: SI**

**6) FECHA DE EXPENDIO : SI**

**7) ACLARACION CANTIDAD UNIDADES**

Letras: SI

Números: SI

**8) DE LA PRESCRIPCION**

Cantidad máxima de productos por receta: 3 (tres) y hasta 2 (dos) envases del  
mismo medicamento por receta.

**UNIDADES POR TAMAÑO:**

Si el prescriptor no especifica el tamaño, serán envases chicos.

Si el prescriptor especifica:

GRANDE: El que sigue al menor (si existen 3 tamaños, el más grande debe especificar contenido del envase, sinó se entrega el que sigue al chico)

Antibióticos inyectables monodosis: hasta 5 (cinco) unidades

**9) TROQUELADO**                      SI

**10) FIRMA, ACLARACION Y MATRICULA DEL MEDICO**

Con sello: SI

Manuscrito: SI (si es ilegible en el sello)

**11) SALVADO DE AGREGADOS, ENMIENDAS Y/O CAMBIOS DE LETRA Y/O TINTA.**

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por la farmacia: SI (errores de dispensación)

Por el afiliado: SI (errores en: fecha de dispensa, importes a cargo del afiliado y datos del beneficiario y/o tercero interviniente).

EXCEPCION: La fecha de prescripción NO se podrá salvar ni enmendar.

**12) PSICOFARMACOS**

Duplicado: SI

Deberán presentar original y duplicado de receta, según Ley Nacional de Dispensación de Psicofármacos.

**13) DE LA COBERTURA.**

TODOS LOS MEDICAMENTOS CONTEMPLADOS EN EL MANUAL FARMACÉUTICO O AGENDA KAIROS, SALVO LAS EXCLUSIONES DE LA PRESENTE NORMA.

Las farmacias que posean servicio de aplicación de inyecciones, lo brindarán a solicitud del beneficiario, fijándose el arancel en la suma de \$ 5.- (cinco pesos), que será facturado adjuntando a la receta donde conste la prescripción médica, el ticket o factura de la aplicación con la firma y aclaración del beneficiario asentando su conformidad.

**14) ESPECIALIDADES EXCLUÍDAS:**

- ACCESORIOS MEDICOS DE CIRUGÍA Y CURACION
- PRODUCTOS ALIMENTICIOS
- DIETETICOS

- FORMULAS MAGISTRALES
- INMUNOSUPRESORES
- LECHES
- CITOSTÁTICOS Y MEDICAMENTOS COADYUVANTES DE TERAPIA ANTINEOPLÁSICA
- PRODUCTOS DE PERFUMERÍA TOCADOR Y BELLEZA
- PRODUCTOS ESPECIFICOS PARA TRATAMIENTO DE HIV
- SONDAS Y SUEROS NO ESTÉRILES
- PRODUCTOS DE VENTA LIBRE

**MUY IMPORTANTE:** Para las autorizaciones de los productos excluidos y para la atención de las recetas no oficiales se requerirá autorización al 0800-6662000. El centro autorizante la enviará vía fax o telefónicamente le indicará a la farmacia nombre y apellido de la persona que autorizó y el N° de caso (expediente interno de la obra social) datos que el farmacéutico consignará en la receta.

Buenos Aires, Febrero de 2008

Sr. Prestador Médico y/o Farmacéutico.

As/ Comunicación modificación normas operativa.  
Consideraciones particulares. Uso de franquicia

---

De nuestra consideración:

A los efectos de comunicarles en forma fehaciente y a la brevedad posible, optamos por adjuntar con la liquidación correspondiente al mes de .....2008 el texto modificado en las Normas Operativas y de Facturación según se detalla.

**A) Normas Operativas y de Facturación para Prestadores Farmacéuticos**, en relación exclusivamente al punto 2 de las Consideraciones particulares.

**2. Uso de la Franquicia**

- **El Beneficiario (accidentado) deberá presentar, para el RETIRO DE MEDICAMENTOS Ú OTROS INSUMOS DE FARMACIA:**

Credencial de Beneficiario de Liberty S.A ó Solicitud de Atención llenada por el Empleador del accidentado ó Copia del Formulario de Denuncia de Accidente (formulario Liberty). Junto con alguno de estos documentos deberá presentar su DNI (y de la persona debidamente autorizada cuando no pudiera deambular).

- Junto con la facturación se deberá presentar:

**Receta** (formulario Liberty ó en su defecto recetario del profesional) del médico tratante donde conste:  
\* Apellido y nombre del damnificado, Nro. de Siniestro o DNI, Empresa Asegurada.  
\* Descripción de el/los productos medicinales indicados.  
\* Fecha, firma y sello del médico o en su defecto aclaración del nombre y número de matrícula.  
Copia de Solicitud de Atención o del Formulario de Denuncia por receta presentada. En caso de no contar con la documentación mencionada, el profesional y/o la farmacia deberán requerir autorización al **TE 0800-666-2000**.

**B) Normas Operativas y de Facturación de Prestaciones Médicas**, en relación exclusivamente a las Consideraciones Particulares / Medicamentos en Ambulatorio e Internación:

La prescripción de medicamentos deberá ser confeccionada de la siguiente forma:

**Receta** (formulario Liberty ó en su defecto recetario del profesional) del médico tratante donde conste:

- \* Apellido y nombre del damnificado, N°. de Sinistro o DNI, Empresa Asegurada.
- \* Descripción de el/los productos medicinales indicados.
- \* Fecha, firma y sello del médico o en su defecto aclaración del nombre y número de matrícula.

**Adjuntar:** Copia de Solicitud de Atención o del Formulario de Denuncia por receta presentada. En caso de no contar con la documentación mencionada, el profesional y/o la farmacia deberán requerir autorización al **TE 0800-666-2000**.

**Nota:** la medicación deberá ajustarse estrictamente a la patología relacionada con el siniestro denunciado, evitando indicar tratamientos por patologías inculpables.