

**NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE:
MAC (Medicina de Alta Competencia S.A.)**

DESCUENTOS A CARGO DE MAC	
AMBULATORIO.:	50% (Cincuenta por ciento)

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO	
<ul style="list-style-type: none">• Credencial (con cupón de cuota al día) ó Recibo Provisorio y Documento de Identidad.	

RECETARIO	
<ul style="list-style-type: none">• CONVENCIONAL• DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:<ul style="list-style-type: none">• NOMBRE DE LA ENTIDAD• Nombre y Apellido del paciente.• Número de Asociado.• Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expenderá solamente uno). Prescritos por su nombre comercial o su nombre genérico.• 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.	

VALIDEZ DE LA RECETA	
15 (QUINCE) Días desde de la fecha de prescripción.	

LÍMITES DE CANTIDADES	
<ul style="list-style-type: none">• CANTIDAD DE RENGLONES:3 (tres).• POR RECETA: Hasta 3 (tres) envases.• POR RENGLÓN: Hasta 1 (un) envase.• ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS: Hasta 5 (cinco) por renglón. Si los antibióticos se presentan en envases de más de una ampolla, debe entregarse la cantidad indicada, combinando el menor número de envases posible y sin superar la cantidad prescrita.	

LÍMITES DE TAMAÑOS	
HASTA 2 (DOS) Unidades de cada especialidad con la leyenda TRATAMIENTO PROLONGADO, de puño y letra del profesional, debiendo indicarse además el contenido de cada uno, caso contrario se entregará un envase de la menor cantidad.	

OTRAS ESPECIFICACIONES	
<u>CUANDO EL MÉDICO</u> No indica cantidad Sólo indica GRANDE	<u>DEBE ENTREGARSE</u> El de menor contenido La presentación SIGUIENTE AL MENOR
Equivoca cantidad	El tamaño inmediato inferior

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA
<ul style="list-style-type: none"> • Adjuntar los troqueles del siguiente modo: <ul style="list-style-type: none"> • 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 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.

PSICOFÁRMACOS
<ul style="list-style-type: none"> • El profesional debe confeccionar además un segundo recetario según 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.

EXCLUSIONES
Los descuentos indicados en este instructivo se aplican solamente sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta "con excepción de las comprendidas en Listado de Grupos Terapéuticos Excluidos" cuya nómina es emitida por MAC S.A.

AUTORIZACIONES ESPECIALES
Si cualesquiera de los productos incluidos dentro del listado de Grupos Terapéuticos Excluidos de la Cobertura, es prescripto y se encuentra autorizado con sello de MAC S.A. y la firma del Sr. José Luis GAGLIONE ó la Sra. Daniela YBARROLA, los mismos deberán ser expendidos.
<u>GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA</u>

NORMAS DE ATENCIÓN

- ALIMENTICIOS Y DIETÉTICOS.
- ANESTÉSICOS
- ANOREXÍGENOS Y ANABÓLICOS
- ANTICONCEPTIVOS Y ANUVULATORIOS FÍSICOS O QUÍMICOS.
- ANTIHEMOFÍLICOS
- ANTISÉPTICOS DE USO EXTERNO.
- CALLICIDAS
- CINTAS REACTIVAS DE TODO TIPO.
- COADYUVANTES DE QUIMIOTERAPIA.
- COLUTORIOS.
- COSMÉTICA.
- CHAMPUES DE TODO TIPO.
- DERMATOLÓGICOS.
- EDULCORANTES
- ESPECIFICOS DE LUCHA CONTRA EL SIDA.
- 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.
- INMUNOESTIMULANTES.
- INMUNOMODULADORES.
- INMUNOSUPRESORES.
- INTERFERONES.
- LECHE EN POLVO SIMPLES O COMPUESTAS.
- MEDICAMENTOS IMPORTADOS POR EL BENEFICIARIO.
- MEDIOS DE CONTRASTE Y TOMOGRÁFICOS.
- ODONTOLÓGICOS (Pastas, polvos, dentífricos, artículos de limpieza, etc.)
- ONCOLÓGICOS.
- PARCHES DE NICOTINA.
- PRODUCTOS PARA INTERNACIÓN.
- PRODUCTOS SIN TROQUEL.
- REACTIVOS PARA EL DIAGNÓSTICO.
- RECETAS MAGISTRALES HOMEOPÁTICAS Y ALOPÁTICAS.
- SUSTITUTOS DE LA SAL.
- VACUNA VA-MENGOC-BC (VACUNA CUBANA)
- VENTA LIBRE.

MODELO DE CREDENCIAL OFICIAL

Esta credencial es personal e intransferible, no válida sin la presentación del cupón de pago. En caso de extravío, rogamos girar a nuestras oficinas.
MAC: Hidalgo 49 (1405) Capital Federal
Tel: 001-8922/8632/0318.

MEDICINA DE ALTA COMPETENCIA S.A.	
N° SOCIO	PLAN
IMPORTE	
FIRMA	1006
1	

Health Card

MODELO DE CUPON AL DIA