

ANEXO INFORMACIÓN N° 28/15 – S.U.

Julio 2015



Obra Social Policía Federal

Nombre Completo: Superintendencia de Bienestar de la Policía Federal Argentina
N° CUIT: 30-54666267-1 Cód. de O.S.: 00992
Dirección: Av. Independencia 353 - Capital Federal

DESCUENTO	OS	Afiliado	DE LA PRESCRIPCIÓN:
Ambulatorio	50%	50%	LIMITES DE CANTIDADES: <u>Plan Común y PMI:</u> Cantidad de renglones: 2 (dos) de distinta acción farmacológica o de igual acción pero distinta forma farmacéutica. Por receta: hasta 3 (tres) envases Por renglón: hasta 2 (dos) de tamaño menor en un solo renglón Límites de Tamaños: hasta dos de menor tamaño en un sólo renglón hasta 1 (uno) de tamaño grande por renglón <u>Plan Crónicos:</u> Cantidad de renglones: 3 (tres) Por receta: hasta 3 (tres) envases Límite de Tamaños: hasta 3 (tres) envases grandes por receta (uno por renglón) Para todos los planes: ANTIBIÓTICOS INYECTABLES: Monodosis: hasta 4 (cuatro) envases para una sola especialidad por receta (No se puede dispensar otro medicamento en el renglón siguiente) Multidosis: hasta 1 (un) envase por receta Cuando el Médico no indica tamaño, deberá dispensarse el de menor contenido Si sólo indica grande se dispensará el tamaño siguiente al menor Si equivoca cantidad, el tamaño inmediato inferior
Plan Materno Infantil	100% (1)	---	
Crónicos	50%	50%	
Otros	NO	---	
TIPO DE RECETARIO: Oficial: SI (2) Otros: NO			
VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos			
TROQUELADO: SI (Completo: N° y Cód. de barra)			
FECHA DE EXPENDIO: SI			
ACLARACIÓN FIRMA MÉDICO Y N° MAT.: Con sello: SI Manuscrito: SI			
ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES: Letras: SI Números: SI			
ENMIENDAS SALVADAS: Por el Médico: SI Por el Afiliado: SI (enmiendas del farmacéutico) Por el Farmacéutico: SI			
DEL RESUMEN: Planilla: On Line Carátula: 1 (una) Presentación: 60 días corridos contados desde la fecha de expendio. Pasado dicho plazo serán debitadas. Facturación: por separado los distintos porcentajes de los Planes Común y PMI y en otro remito Patologías crónicas. No se aceptan en PMI recetas con descuentos mixtos (un producto al 100% y otro al 50%).			
COBERTURA DEL SERVICIO: Para toda la Provincia de Buenos Aires.			
RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS: Plan Crónicos: Ver al dorso - Anexo I Plan AMBULATORIO y PMI: Serán reconocidas todas las especialidades medicinales, prescriptas por nombre genérico, de venta bajo receta, incluidas en Manual Farmacéutico, excepto las clasificaciones de Manual Farmacéutico que detallamos en el Anexo II.			
LECHES: (3) Maternizadas y Medicamentosas: hasta 1 kg. por receta Enteras: NO Leches líquidas: Hasta 27 envases por receta. Mayores cantidades, con exclusiva autorización previa.			
NOTA IMPORTANTE: En el P.M.I. <u>las vacunas</u> solo se reconocen al 50%			

OBSERVACIONES:

Ver al dorso.

ANEXO INFORMACIÓN N° 28/15 – S.U.

Julio 2015

Dorso de:
Policía Federal

OBSERVACIONES:

(1) **PMI:** 100% de descuento en medicamentos para la madre, desde el momento de la detección del embarazo y hasta 45 días posteriores al parto y para el recién nacido hasta el año de edad. Las recetas para el niño deben ser prescriptas UNICAMENTE por médico Pediatra y para la madre por Médico Especialista. Las recetas deben poseer el siguiente **sello** (su falta es motivo de débito):

“BENEFICIO MADRE-HIJO
FECHA INICIO:
FECHA FINAL:”

- **A cada receta dispensada de este Plan se deberá adjuntar fotocopia de la credencial del beneficiario. Su falta será motivo de débito.**
- **NO poseen cobertura del 100% ninguna vacuna aunque figure en la receta el sello de beneficio, sólo le corresponde el 50% de descuento.**

(2)

Plan Ambulatorio y PMI: Recetario Oficial: de 2 (dos) renglones.

Las prescripciones se efectuarán en recetario oficial observando que figuren los siguientes datos: *número de afiliado, nombre y apellido, sexo, edad, situación (actividad – retirado - jubilado - pensionado), especificación (titular- familiar) fecha de emisión, servicio emisor de la receta, profesional responsable (apellido y nombre), número de matrícula del profesional y código, especificación si se trata de tratamiento prolongado o no, cantidad de días que se prescribe, firma y sello del profesional responsable.* El casillero CODIGO DEL MEDICO puede no estar completo, pero deberá consignarse en el casillero ENTE EMISOR DE LA RECETA a qué Hospital o empresa pertenece el profesional.

El casillero “Codificación S/Res. INOS 244/77” no debe ser llenado.

Plan Crónicos: Recetario oficial para pacientes crónicos de tres renglones, color rojo con leyenda Paciente crónico.

Solamente se aceptan prescripciones en las recetas de crónicos, de médicos pertenecientes al Complejo Médico Policial CHURRUCA VISCA y los de Radio y Zona, colocando su destino en el casillero “ENTE EMISOR DE LA RECETA” (Ej. Hospital / Servicio de Cardiología / Radio) y sus respectivos códigos en el casillero correspondiente. Los servicios de emergencia y médicos particulares, quedan exentos de prescribir en estos recetarios.

DIAGNOSTICO: el Médico deberá consignar el diagnóstico en el casillero OBSERVACIONES.

DOSIS: por día. Se indicará la cantidad de unidades o dosis por día. Cuando la prescripción sea por períodos distintos al día, el médico lo indicará en la misma, por ejemplo 3 por semana. En caso de corresponder una única dosis, el médico indicará la sigla “UD” o 1 (uno) mensual.

El profesional prescriptor deberá completar los casilleros “PARA SER USADOS A PARTIR DEL”, sin superar los tres (3) meses de la fecha de emisión y sin repetirse la prescripción dentro del mes.

(3) Se reconocerán leches medicamentosas y maternizadas con el 100% de cobertura para el lactante hasta los 6 meses de vida. De los 7 meses al año, tendrán una cobertura del 50%.

Documentación a presentar por el beneficiario:

-Receta, credencial y documento de identidad

Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional y con la misma tinta:

-Nombre y Apellido del paciente

-Número de asociado

-Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letras (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

Datos a completar por la Farmacia:

-Adjuntar los troqueles del siguiente modo: de acuerdo al orden de prescripción. Incluyendo el 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 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).

ANEXO I

Listado de Patologías y Drogas incluidas en recetas para pacientes crónicos

Situaciones de salud y listado de drogas y sus respectivas combinaciones donde la autorización de la prescripción puede hacerse hasta 60 días, con dispensaciones mensuales:

ANTIARRITMICOS:	GEMFIBROZIL
AMIODARONA	ACIDO NICOTINICO
FLECAINIDA	COLESTIRAMINA
METOPROLOL	HIPERTENSION ARTERIAL:
MEXILETINA	AMLODIPINA
PROPAFENONA	ATENOLOL
PROPANOLOL	DILTIAZEM
QUINIDINA	ENALAPRIL
SOTALOL	INDAPAMIDA
VERAPAMILO	LOSARTAN
	METOPROLOL
ANTICUAGULACION:	CARVEDILOL
ACENOCUMAROL	NIFEDIPINA
	PROPANOLOL
ANTICONCEPTIVOS:	VERAPAMILO
Sólo con sello de médicos especialistas en ginecología y/u obstetricia	
	HIPERURICEMIA:
ARTRITIS REUMATOIDEA:	ALLOPURINOL
COROQUINA	COLCHICINA
HIDROXICOROQUINA	HIPER E HIPOTIROIDISMO:
METOTREXATO (acción farmacológica: antirreumático)	LEVOTIROXINA
	METIMAZOL
ASMA Y EPOC	LIOTIRONINA
BECLOMETASONA	
BUDESONIDE	INSUFICIENCIA CARDIACA:
CROMOGLICATO DE SODIO	DIGOXINA
FENOTEROL	CLORTALIDONA
FLUTICASONA	ESPIRONOLACTONA
FORMOTEROL	FUROSEMIDA
IPRATROPIO	HIDROCLOROTIAZIDA
SALBUTAMOL	HIDROCLOROTIAZIDA Y AMILORIDA
SALMETEROL	
TEOFILINA ANHIDRA	OFTALMOLOGICOS:
	• HIPOTENSORES OCULARES:
CARDIOPATIA ISQUEMICA:	ACETAZOLAMIDA
NITROGLICERINA	TIMOLOL
MONONITRATO DE ISOSORBIDE	DORSOLAMIDA
DINITRATO DE ISOSORBIDE	DORSOLAMIDA + TIMOLOL
	BRIMONIDINA + TIMOLOL
DIABETES:	• MIDRIATICOS Y CICLOPLEJICOS:
METFORMINA	ATROPINA
GLIBENCLAMIDA	CICLOPENTOLATO
GLIPIZIDA	FENILEFRINA
	TROPICAMIDA
ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA:	HOMATROPINA
MESALAZINA	• MIOTICOS:
SULFASALAZINA	PILOCARPINA
EPILEPSIA:	OSTEOPOROSIS:
ACIDO VALPROICO	BIFOSFONATOS
CARBAMAZEPINA	
ETOSUXIMIDA	
FENITOINA	PARKINSON:
	LEVODOPA Y CARBIDOPA
HIPERLIPEMIAS:	LEVODOPA Y BENZERAZIDA
SIMVASTATIN	BIPERIDENO
ATORVASTATIN	TRIHEXIFENIDILO

EXCLUSIONES

ONCOLOGICOS/CITOSTATICOS
INSULINAS/TIRAS REACTIVAS
ACCESORIOS DE TIDO TIPO
PSICOTROPICOS
ESTUPEFACIENTES
Y TODA AQUELLAS MEDICACION QUE ESTE FUERA DEL LISTADO ANTERIOR

POLICIA FEDERAL

Anexo II Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, Acción Farmacológica:

Abrasivo de Limpieza	Enjuague bucal Antiplaca
Accesorio radiológico	Enjuague bucal Antisarro
Accesorios	Epitelizante Regenerador
Aceite para masajes musculares	Estimulador cutaneo
Acelerador de bronceado	Evita el contagio de piojos
Adhesivo protesis dentales	Exfoliante
Afirmante Antiflacidez	Exfoliante corporal
Aguja p/aplicador de insulina	Filtro solar
Antiacinico	Fórmula de continuación (salvo en el PMI)
Antialopécico	Fórmula de inicio (salvo en el PMI)
Antiarrugas	Fórmula hipoalergénica (salvo en el PMI)
Anticaspa	Fórmula infantil (salvo en el PMI)
Anticaspa Antiseborreico	Fórmula p/lactant.antireflujo (salvo en el PMI)
Anticelulítico	Fórmula p/lactantes (salvo en el PMI)
Anticelulítico anti nodulos	Fórmula p/lactantes s/lactosa (salvo en el PMI)
Anticelulítico reductor	Fórmula para prematuros (salvo en el PMI)
Antioxidante Exfoliativo	Fort.leche materna p/prematuros (salvo en el PMI)
Antioxidante Fotoprotector	Hidratante
Antioxidante Protector dérmico	Hidratante autobronceante
Antioxidante Reconstituyente	Hidratante dérmico
Antiplaca Antisarro	Hidratante Nutriente dérmico
Antiplaca Antisarro Refresc.	Hidratante Protector piel seca
Antisarro Anticaries	Hidratante Protector solar
Antiséptico	Higiene de la piel
Antiséptico Astringente	Higiene de párpados
Antiséptico Bactericida	Higiene facial
Antiséptico bucal	Higiene femenina
Antiséptico Cicatrizante	Higiene personal
Antiséptico Desinfectante	Higiene vaginal
Antiséptico Exfoliante	Hipoalergénico
Antiséptico topico antiinf	Humect.facial c/prot.solar
Antitranspirante	Humectante
Aplicador de insulina	Humectante Astringente
Aromoterapia	Humectante de párpados
Autocontrol diabetes	Humectante vaginal
Autocontrol diabetes/colester	Inhibidor fotoenvejecimiento
Balsamo labial preventivo	Leche p/embarazada
Biosensor de glucosa	Limpiador p/piel acneica
Blanqueador dental	Limpieza capilar
Bronceador	Limpieza de prótesis dentales
Combate 7 signos envej.facial	Maquillajes Cosméticos
Compensador hidrolipidico cap.	Mejorador calidad de la piel
Control Accu-Chek Active	Nutriente Restaurador
Control Accu-Chek Sensor	Pantalla solar
Control Accutrend GC	Para dejar de morderse las uñas
Control Accutrend Sensor	prevencion de la reinf de piojos
Control Ascensia Entrust	Productos homeopáticos
Control colesterol	Productos odontológicos
Control Envejecimiento Cutáneo	Protector dérmico
Control glucosa	Protector labial
Control Glucotrend 2	Protector rayos U.V.
Control Glucotrend 2 Plus	protector solar
Control Precision QID	Queratolítico/Tópico p/verrugas
Corrector signos envejecimiento	Reafirmante modelador
Crema dental	Reconstituyente dérmico
Crema dental Antisarro	Reductor
Crema dental p/dien.sensibles	Reductor y reafirmante corporal
Crema dental p/encías irritadas	Refrescante de la piel
Crema dental p/fumadores	regenerador capilar
Crema ungeal	Removedor de callos
Dermatocosméticos	Revelador de placa bacteriana
Dermatologico	Revitalizador Humectante
Dermaoclarante	Sistema de hidratación facial
Desensib. Antisarro Anticaries	Solución bucal
Desensibilizante Antiséptica	Suavizante p/manos y cuerpo
Desodorante	Tópico gingival
Desodorante pedico	Trat.de estrias
Determ.cetonas en sangre	Trat.de la eyaculación precoz
Determ.glucosuria/cetonuria	Trat.disfunción sexual masc.
Determinación de glucosuria	Trat.hipersensibilidad dental
Digitopunzor	Trat.llagas/aftas
Dispositivos especiales	Trat.p/pieles intolerantes
Edulcorante	Trat.regenerador corrector
Emoliente	

Anexo II Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, por droga:

accesorio	orlistat
accesorio radiológico	Producto cosmético
alprostadil	sildenafil
dapoxetina	tadalafilo
dapoxetina,clorhidrato	vardenafil
fentolamina	yohimbina
	yohimbina+asoc.

Anexo II Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, por forma farmacéutica:

Accesorios medicinales	Lancetas/Agujas
Apósitos/Curitas/Adhesivos	Leches enteras/desc
Bronceador	Leches maternizadas (salvo en el PMI)
Cosméticos	Leches medicamentosas (salvo en el PMI)
Cremas dentales	Tiras Reactivas
Dispositivos especiales/Aplicadores	

Anexo II. Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, por Tipo de Venta = 1 (Venta Libre).

POLICÍA FEDERAL

OBRA SOCIAL DE LA POLICÍA FEDERAL ARGENTINA

NORMAS DE PRESTACIÓN

Verifique que esté
cumplimentado el casillero
"Servicio Emisor"

RECETARIO:

AMBULATORIO: Oficial

INTERNADO: Oficial, con sello " Enfermo Internado 100% a cargo Obra Social ", AUTORIZADA por medico auditor.

P.M.INFANTIL: Va en hoja aparte.

% A/C O.SOC.:

AMBULATORIO: 50% a cargo de la obra social.

INTERNADO: 100% a cargo de la obra social.

**Prescripción por
Nombre Genérico y
Comercial**

VALIDEZ DE LA RECETA:

10 días a partir de la fecha de prescripción.

PRESCRIPCIONES POR RECETA:

AMBULATORIO: Hasta 2 prescripciones por receta

INTERNADO: Sin Límite en RECETA AUTORIZADA.

CANTIDAD DE MEDICAMENTOS:

* 1 chico por prescripción.

* Solo 1 envase mediano ó grande por receta Con Leyenda Tratamiento Prolongado de puño y letra del médico.

- Pueden ser 2 chicos tan solo en *una de las prescripciones.*

No se reconoce el expendio de productos que contengan:

**CITRATO DE
SILDENAFIL
ORLISTAT
ETANERCEPT**

Iny. ANTIBIÓTICOS: Hasta 4 unidades. Multidosis: 1

SUEROS: SI **MAT. DESCARTABLE:** SI

RADIOPACOS: SI **CITOSTATICOS:** NO

COSM. DERMATOLOGICA: SI, por dermatólogo

ANTICONCEPTIVOS: SI por Ginecólogo.

FORM. MAGISTRALES: SI, Alopáticas, con leyenda Receta Magistral

TIRAS REACTIVAS: SI con el 50%

TROQUELADO:

SI

OBSERVACIONES:

RECONOCE: con el 100% de desc., BOLSAS DE COLOSTOMIA, en receta prescrita por proctólogo ó cirujano. AUTORIZADA POR LA OBRA SOCIAL.

NO RECONOCE: Medicamentos de Venta Libre, Accesorios, Edulcorantes, Guías para sueros, Elementos de diagnóstico.

OBSERVAR QUE TODA RECETA SEA RECETARIO DE FARMACIA (N° 4)

NO olvidar: SELLO de FARMACIA, FIRMAR la receta y colocar el CÓDIGO de Fcia.

EXIJA CARNET DE AFILIADO PARA LA DISPENSACIÓN.



POLICÍA FEDERAL

OBRA SOCIAL DE LA POLICÍA FEDERAL ARGENTINA

NORMAS DE PRESTACIÓN **PLAN MATERNO INFANTIL**

Verifique que
esté
cumplimentado
el casillero
"Servicio
Emisor"

Debe acompañar la receta
con **FOTOCOPIA** del
CARNET de afiliado

BENEFICIARIOS:

Madre: Durante el embarazo y hasta 45 días después del parto.

Hijo: Durante el 1er año de vida.

INCLUYE MEDICAMENTOS Y LECHES (Leches hasta el 6^{to} mes, luego abona el 50% 4 Kg. por mes).

RECETARIO:

Oficial con sello "Beneficio Madre e Hijo a cargo de la Obra Social el 100%. Resolución D.I. 119", **Autorizada** por la Obra Social, firma y sello del médico Auditor.

% A/C O.SOC.:

Ambulatorio e Internado: **100%** a cargo de la O. Social

VALIDEZ DE LA RECETA:

10 días a partir de la fecha de prescripción.

PRESCRIPCIONES POR RECETA:

AMBULATORIO: Hasta **2** prescripciones por receta

INTERNADO: Sin Límite

CANTIDAD DE MEDICAMENTOS:

1 chico ó del 2^{do} tamaño por prescripción. Pudiendo ser 2 chicos ó del 2^{do} tamaño UNA DE LAS PRESCRIPCIONES. Para el 3^{er} tamaño con leyenda "Tratamiento Prolongado" de puño y letra del médico prescribiente.

Iny. **ANTIBIÓTICOS:** Hasta **4** unidades por receta. Multidosis: 1

SUEROS: SI

Radiopacos: SI **Citostáticos:** NO **Leches Maternizadas:** SI

Alimentos Dietéticos: SI **Cos.Dermatológica:** SI

Fórmulas Magistrales: SI (Ídem a común) Material Descartable: SI

Anticonceptivos: SI, para uso terapéutico prescripto por Médico Ginecólogo.

No se reconoce el
expendio de
productos que
contengan:

- **CITRATO DE SILDENAFIL**
- **ORLISTAT**
- **ETANERCEPT**

TROQUELADO:

SI

OBSERVACIONES:

Ídem a cobertura común.

Reconoce **LECHE SANCOR BEBE, LÍQUIDA Y EN POLVO**, siempre **AUTORIZADA** por la O. Social.

NO olvidar: SELLO de FARMACIA, FIRMAR la receta y colocar el CÓDIGO de Fcia.

EXIJA CARNET DE AFILIADO PARA LA DISPENSACIÓN

