

# ANEXO INFORMACIÓN N° .... /18 – S.U.

Enero 2018



## OBRA SOCIAL: APOC

Nombre Completo: ASOCIACION del Personal de los ORGANISMOS de CONTROL

N° de CUIT: 34-61147979-6 Cód. de O.S.10964

Dirección: Calle 53 N° 796 LA PLATA

**PLANES:** IOMA O.S.  
**Co Seguro:** M.F. hasta el 50% M.F (1)  
**PRIMARIA:** Fuera del F.T.P 30% (2)

**PMI:** sin cobertura

### TIPO DE RECETARIO:

Co Seguro: Receta Oficial de IOMA/SAMO (3)

PRIMARIA: Recetario Agremiación Medica Platense.

**VALIDEZ DE LA RECETA:** 30 días

**TROQUELADO:** SI

**FECHA DE EXPENDIO:** SI, sólo en caso de que no figure en el comprobante de validación.

**ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATRICULA:**  
Con sello: SI Manuscrito: NO

### ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES:

Letras: SI

Números: SI

### ENMIENDAS SALVADAS:

Por el Médico: SI (con firma y sello)

**DEL RESUMEN:**

### VALIDACION OBLIGATORIA

Planilla: On Line

Cantidad: Una

**Presentación:** Mensual Todos los planes separados.

**Co Seguro:** Ticket o Comprobante de Validación

**Obra Social Primaria:** Receta Agremiación Medica Platense más comprobante de validación.

**Refacturación:** 60 días desde su recepción.

**COBERTURA DEL SERVICIO:** Para toda la Provincia de Buenos Aires.

### DE LA PRESCRIPCION:

Cantidad Máxima de: **PRODUCTOS:** Por receta: hasta dos de distinto principio activo como CO SEGURO y hasta cuatro de distinto principio activo como PRIMARIA.

**TOTAL CUATRO MEDICAMENTOS POR GRUPO FAMILIAR MENSUALES**

**Unidades por tamaño:** Lo que prescripto en la receta de IOMA.

Como **PRIMARIA** : SIN IMPORTAR TAMAÑO Y DE DISTINTO PRINCIPIO ACTIVO

**UNIDADES POR RENGLON:** HASTA 1 (UNO)

Antibióticos inyectables:

Monodosis: cinco (05)

Multidosis: uno (01)

### RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:

**DENTRO FT IOMA:** Hasta 50% del Monto Fijo de IOMA.

**FUERA del FT IOMA:** El 30 % del PVP con el tope de \$ 225.00 por medicamento.

Con las siguientes **EXCLUSIONES:**

#### POR FORMA FARMACEUTICA

Leches maternizadas (56)

Leches medicamentosas (57)

Tiras reactivas (18)

#### POR ACCION FARMACOLOGICA

Adelgazante (462)

Alimento infantil (527)

Anabólicos (19)

Análogo hormona de crecimiento (802)

Anticonceptivo (36)

Antineoplásico (55)

Antiviral contra HIV (600)

Citostático (73)

Complemento dietario (283)

Cosmético capilar (165)

Dermatocosméticos (412)

Edulcorantes (86)

Factor estim. Crec. Granulocitos (206)

Inmunosupresor (15)

medicamentos oncológicos (73)

Producto alimenticio (18)

#### POR TIPO DE VENTA

Venta libre (1)

(1) **USO NORMALIZADO:** Reconocerá hasta el 50% del Monto Fijo de IOMA (Requiere autorización de IOMA). Debe validarse como Coseguro de IOMA Resol Directorio en los planes con Monto Fijo

## OBSERVACIONES:

- (2) Los medicamentos FUERA DEL FTP IOMA tendrán una cobertura de 30% del PVP teniendo un tope de cobertura a cargo de APOC de **\$225 por medicamento**.
- (3) Cuando actúa como Coseguro de IOMA deberá presentar la receta de IOMA, y el DNI del afiliado para constatar la afiliación a APOC al momento de validar la receta.

## DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR:

- Nombre y Apellido del paciente.
- N° de afiliado.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra.
- Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- Fecha de prescripción
- No se aceptan enmiendas sobre corrector líquido.

## DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

- Adjuntar ticket fiscal o comprobante de validación donde consten los precios unitarios y totales.
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero interviniente, aclarando la persona que retira nombre completo.
- Las enmiendas de precios deberán ser salvadas por el farmacéutico y por la persona que retira los medicamentos.