

A.P.L.
(ASOC. DEL PERSONAL LEGISTALIVO DE LA PCIA DE BS AS)

Cod. O.S. 813

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): DICIEMBRE 2018

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la Pcia. de Buenos Aires

CARATULA SIN VALIDAR

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

PLANES	IOMA	O.S	DETALLE
Co seguro	M. F.	Hasta el 60 % M.F.	Cubrirá hasta el 60% calculado sobre el monto fijo establecido por el IOMA en su Formulario Terapéutico en todos los medicamentos y cantidades que las reconocidas por dicho Instituto. El afiliado se hará cargo del resto.
Primaria	Fuera del F.T.P	40%	Cubrirá hasta el 40% de los medicamentos, con excepciones: Citostáticos, Edulcorantes, Fórmulas Magistrales, Leches de todo tipo, Tuberculostáticos, productos de Venta Libre ni productos Sin Troquel. Se podrá dispensar un sólo medicamento excluido del Formulario Terapéutico de IOMA por receta.

IMPORTANTE: Si el producto se encuentra autorizado por IOMA no tiene cobertura de APL.

– **Cantidad máxima de productos por receta:** hasta dos (De los dos productos por receta solamente UNO podrá ser del SEGUNDO o TERCER tamaño. Asimismo, uno sólo podrá estar excluido del F. T. de IOMA).

– **Unidades por tamaño:**

Cuando existen 2 tamaños: 1er Tamaño: 1 – 2do Tamaño: 1

Cuando existen más de 2 tamaños: 1er Tamaño:1 – 2do Tamaño:1 – 3er Tamaño:1

Antibióticos Inyectables: Envase individual: 4 – Multidosis: 1

Como primaria: podrá entregarse un sólo envase chico por renglón. Para poder entregar un producto del segundo o tercer tamaño, la receta deberá encontrarse previamente autorizada por APL.

– **Productos reconocidos con Autorización Previa de APL:** Anovulatorios, Anorexígenos, Antisépticos de Superficie, Jabones y Shampús Medicinales.

– **Cuando el importe del medicamento supere los \$500 (pesos quinientos), el recetario deberá encontrarse previamente autorizado por APL, sin excepción.**

RECETARIOS ACEPTADOS

- **Como Co-seguro de IOMA:** Recetario oficial de 2 renglones, fondo blanco, letras verdes. La receta lleva preimpreso el mes y el año de emisión, esa validez rige para la prescripción por parte del médico dentro de dicho período.
- Prescripción por genérico según la ley Nro. 25.649/02
- Cantidad de cada medicamento en números y letras.
- Enmiendas del prescriptor: solo salvadas con su firma y sello (NO válido para recetas electrónicas/digitales).
- Enmiendas del farmacéutico: salvadas por él mismo con conformidad del afiliado/tercero (NO válido para recetas electrónicas/digitales de validación obligatoria)
- Enmiendas del afiliado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.

NOTA:

El farmacéutico podrá completar o corregir los dos dígitos posteriores a la barra del N° de afiliado, edad y sexo.

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

30 días

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

- **Como Co seguro:** Receta oficial del coseguro completa con importes, datos afiliado y farmacia.
- **Como Obra social primaria:** Receta oficial completa coseguro con importes, datos afiliado, farmacia y troqueles adheridos.

RESUMEN

Presentación: Mensual

CUIT

30-063797394-1

CTRL F: para buscar palabra clave.

WEB: WWW.COLFARMA.ORG.AR /

Para consultas sobre esta norma de atención comunicarse a Mesa de Ayuda:

mail: ayudaonline@colfarma.org.ar / Tel: 0810 333 4133 / wsp: 011 51476648