Fecha de Vigencia: **01/01/2020**

Durante la etapa de implementación del nuevo convenio (90 días), siempre que se verifique la condición afiliatoria (de acuerdo lo indicado en el ítem 4) y la receta cumpla con los requisitos exigidos, los medicamentos deberán ser expendidos con el correspondiente descuento.

IOMA AMBULATORIO		
1. AMBITO DE APLICACIÓN:		
• Prov. Bs. As. y C.A.B.A.		
2. DESCUENTOS		
Los descuentos se efectúan en los productos, cuya droga, forma farmacéutica y contenido por envase, figuren dentro del F.T.P de IOMA), sobre el Precio de Venta al Público (PVP) vigente al día del expendio, que figuran en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos.		
Plan:	**A cargo del afiliado:**	**A cargo de la entidad:**
Plan Ambulatorio Agudos	Diferencia entre PVP y monto fijo	Según monto fijo
Plan Ambulatorio Crónicos	Diferencia entre PVP y monto fijo	Según monto fijo
Plan SER	0%	100% en anticonceptivos orales que figuren en listado de IOMA vigente.
Plan MAMI: cobertura de medicamentos para las afiliadas embarazadas y los bebés de hasta un año de edad.	0%	100% en recetario correspondiente
Discapacidad	Según % cobertura indicado en la autorización que deberá estar adjunta a la receta. Siempre que esté autorizado, se podrá dispensar toda prescripción que esté fuera de la presente norma (mayores cantidades, mayores coberturas, productos excluídos, etc.).	
Resoluciones de Directorio	Según % cobertura indicado en la autorización que deberá estar adjunta a la receta. Siempre que esté autorizado, se podrá dispensar toda prescripción que esté fuera de la presente norma (mayores cantidades, mayores coberturas, productos excluídos, etc.).	
Recursos de Amparos / Demandas Judiciales	Según % cobertura indicado en la autorización que deberá estar adjunta a la receta. Siempre que esté autorizado, se podrá dispensar toda prescripción que esté fuera de la presente norma (mayores cantidades, mayores coberturas, productos excluídos, etc.).	

3. REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS	
Tipo de Recetario (Ver Anexo: Modelos de Recetarios)	Recetario oficial para Patologías Agudas (Receta Agudos)
	Recetario oficial para Patología Crónicas (Receta Crónicos)
	Recetario oficial Plan MAMI.
	Recetario oficial Plan SER. En caso de faltante de recetario oficial Plan SER, se aceptarán recetas en recetario oficial para Patologías Crónicas.
	En caso de faltante de recetario oficial Plan MAMI, se aceptarán recetas en recetario oficial para Patologías Agudas debidamente autorizadas al dorso.
	Recetario SAMO. Deberá contener el sello en original del Hospital donde fue extendido.
	Se ingresarán por el validador los expendios realizados con recetario oficial para Patologías Agudas, recetario oficial para patologías Crónicas.
Datos contenidos en la receta a completar por el profesional prescriptor: *(Los datos escritos por el profesional deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma, y se consignarán en los campos correspondientes)*	Fecha de emisión de la receta: se deberá consignar día, mes y año en que se realiza la prescripción.
	Nombre, Apellido del afiliado y Número de afiliación
	Edad, sexo y peso del afiliado: la edad se deberá consignar en números y el médico marcará con una cruz si se trata de meses o años. En el caso de prescripciones para bebés menores de 30 (treinta) días, el médico deberá consignar 1 (un) mes. El peso deberá figurar en kilogramos.
	Número de Orden de Consulta o la sigla S/C (sin cargo). Otras siglas adicionales: - AP (Auto prescripción) - AL (Arancel Libre) - T (Transcripción)
	Diagnóstico: se deberá consignar diagnóstico presuntivo o de certeza que presenta el paciente; o el problema de salud que motivó la prescripción con letra que resulte fácilmente legible. Deberá ser completado mediante códigos, según la "Codificación IOMA". Inicialmente, si una receta no contara con la codificación mencionada, no será motivo de débito. Oportunamente se determinará el momento en que este requisito tenga carácter obligatorio.
	Datos del prescriptor: firma y sello aclaratorio legible del profesional donde constará su nombre, apellido, número de matrícula y tipo. Si no está legible la matrícula aclarar de puño y letra de profesional. Además se solicita consigne en forma manual, teléfono y dirección (no es requisito obligatorio).
	Detalle de los medicamentos: según lo indicado en la receta se deberá completar Medicamento Prescripto por nombre Genérico / Forma Farmacéutica y Dosis por Unidad (cantidad o la concentración de principio activo que tiene cada unidad). Siendo optativo sugerencia de marca comercial.

	Dosis por día: se indicará la cantidad de unidades o dosis por día. Ej.: 2 por día, 10 ml por día. Cuando la prescripción sea por períodos distintos al día el médico lo indicará en el mismo campo. Ej.: 3 por semana. En caso de corresponder una única dosis el médico consignará la sigla “UD” o “1 (uno)”.
	Duración del tratamiento: el médico indicará el tiempo durante el cual el paciente debe cumplir el tratamiento recomendado y debe estar expresado en días. Ej.: 30. Durante la etapa de implementación se aceptarán las recetas en las que la duración del tratamiento esté expresada en semana o mes.
	Las prescripciones deberán ajustarse a las Dosis Diarias Definidas (El validador realizará este control. Durante la etapa de implementación no será motivo de observación) y en el caso de medicamentos para patologías crónicas también al listado de Drogas y Patologías Crónicas.
	Los profesionales odontólogos sólo están habilitados para prescribir en recetarios diseñados para situaciones de salud agudas y recetas MAMI que tengan la leyenda “Uso Odontológico”, circunscribiéndose a lo estipulado en el capítulo Odontología del FTP vigente (ver Anexo Prescripción Odontológica).
a) Validez para la venta	Recetas Agudos: 30 (treinta) días a partir de la fecha de prescripción o autorización, según corresponda, e incluyendo la misma. Recetas Crónicos: 120 (ciento veinte) días a partir de la fecha de prescripción o autorización, según corresponda, e incluyendo la misma. Recetas Especiales (Discapacidad, Resolución de Directorio y Recurso de Amparo): 30 (treinta) días a partir de la fecha de prescripción o autorización, según corresponda, e incluyendo la misma. Recetas Plan Ser: en las recetas que no figure el mes de consumo, la validez será de 30 (treinta) días. En recetas con mes de consumo: la dispensa deberá realizarse exclusivamente ese mes. Recetas Plan Mami: 30 (treinta) días a partir de la fecha de prescripción o autorización, según corresponda, e incluyendo la misma.
b) Validez para la presentación (todos los planes)	De acuerdo al cronograma de presentación. El plazo máximo es de 60 (sesenta) días corridos, a partir de la fecha de venta.
c) Validez para la refacturación (todos los planes)	60 (sesenta) días corridos a partir de haber recibido la receta observada.

<u>Recetas de Patologías Agudas y Crónicas:</u> Cantidad máxima de Medicamentos, envases y tamaños por receta / Duración del tratamiento	**<u>Recetas de Patologías Agudas</u>**: El farmacéutico dispensará según corresponda la cantidad de envases necesarios para cubrir el período consignado en la duración del tratamiento. - Para los medicamentos de uso abierto del FTP del IOMA (aquellos que no requieren auditoría previa), cuando el tamaño de los envases no permita un ajuste exacto a la cantidad total que surge del cálculo entre la dosis diaria y duración del tratamiento, el farmacéutico dispensará el tamaño y la cantidad de envases necesarios para que se garantice la totalidad del tratamiento, hasta un plazo máximo de 30 (treinta) días. En caso de que se supere dicho plazo el afiliado deberá presentar oportunamente una nueva receta para los días restantes. - Para los medicamentos de USO NORMATIZADO que requieren auditoría previa el farmacéutico verificará en la autorización la cantidad de envases necesarios para que se garantice la totalidad del tratamiento.

	<u>Recetas de Patologías Crónicas</u>: Se comprenden las patologías listadas y codificadas en el Anexo de la presente norma: Listado de Patologías y Drogas Crónicas. El farmacéutico deberá dispensar la cantidad de envases necesarios para completar cada fracción del período de tratamiento autorizado. Cada período no deberá superar los 30 (treinta) días. La cantidad de medicación dispensada surgirá de la suma de la dosis diaria por el tiempo del período. Cuando el tamaño de los envases no permita un ajuste exacto, el farmacéutico deberá dispensar el envase de mayor tamaño. En aquella situación donde la cantidad de unidades no coincida con los 30 días se podrá entregar medicación que supere ese período, la que será descontada en provisiones siguientes cuando el sistema está preparado. El paciente podrá retirar la medicación de cada período con 10 (diez) días de antelación al vencimiento del período inmediatamente anterior y en distintas farmacias. Se dispensará de la siguiente manera y orden: - <u>Cupón 1:</u> se podrá dispensar a partir de la fecha de prescripción y hasta 30 (treinta) días posteriores a la misma - <u>Cupón 2:</u> se podrá dispensar pasados 20 (veinte) días de la fecha de prescripción y hasta 60 (sesenta) días posteriores a la misma - <u>Cupón 3:</u> se podrá dispensar pasados 50 (cincuenta) días de la fecha de prescripción y hasta 90 (noventa) días posteriores a la misma - <u>Cupón 4:</u> se podrá dispensar pasados 80 (ochenta) días de la fecha de prescripción y hasta 120 (ciento veinte) días posteriores a la misma. <u>Duración del tratamiento</u>: hasta 120 (ciento veinte) días con dispensaciones mensuales. Está permitida la elección de cualquier fracción temporal dentro del límite establecido de 120 días. La receta original la debe conservar el afiliado hasta la utilización del último cupón (N° 4). **Para las dispensas previas bastara con la sola presentación del cupón correspondiente a cada mes, <u>NO</u> siendo necesaria la entrega de la FOTOCOPIA de la RECETA ORIGINAL**. Verificando lo prescripto con la presentación de la receta original.
Antibióticos del Capítulo 3 del FTP que no requieren auditoría previa	El profesional podrá definir hasta 10 (diez) días de tratamiento.
4. REQUISITOS DEL AFILIADO:	
Deberá presentar	Receta correspondiente según ítem 3.

	Documentación para verificar su afiliación.
Verificación Afiliatoria:	El farmacéutico deberá requerir al afiliado o tercero responsable la siguiente documentación: - Carnet de afiliación (identidad y vigencia), o el comprobante de pago como afiliado voluntario. - DNI del afiliado (original) - Recibo de sueldo (original o fotocopia) donde conste el descuento al IOMA, o comprobante de pago como afiliado voluntario. Deberá corresponder al mes de la dispensa o a alguno de los últimos 3 meses. Para los "Bomberos Voluntarios", los cuales no poseen recibo de haberes ni constancias de pagos de aportes, deberán exhibir el carnet (con fecha de vigencia) en el que debe constar en el ítem: "Ente Empleador" la leyenda: Bombero Voluntario de la Provincia de Buenos Aires. En el caso de los afiliados no validados on line **(**ver notas**)** podrá ser adjuntada por el farmacético, copia de dicha información.
	Si el afiliado no presentara la documentación correspondiente para lo detallado anteriormente, deberá abonar el total de los medicamentos provistos. Tendrá derecho a solicitar del farmacéutico el reintegro correspondiente dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes presentando la documentación faltante y el comprobante de expendio de los medicamentos.
Afiliados en Tránsito	Se deberá adjuntar a la receta fotocopia de la Planilla de Autorización Provisoria. **Ejemplo al PIE**
5. REQUISITOS DE CONFORMIDAD	
La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente ***(1)*** *Datos no obligatorios para las farmacias que validan on line y adjuntan comprobante de transacción o copia del ticket fiscal (siempre y cuando los datos solicitados figuren en alguno de estos comprobantes)*	El farmacéutico deberá verificar la correcta confección de la receta por parte del prescriptor médico u odontólogo según las especificaciones del punto 3: Datos a completar por el profesional prescriptor. Los datos deberán estar completos y de acuerdo a dichas especificaciones, caso contrario la receta no podrá ser dispensada (ver punto 6: enmiendas)
	Coseguros: en el caso en que un afiliado presente un Coseguro para el descuento en los medicamentos, deberá registrarse el nombre de éste en el campo correspondiente.
	Pegar o abrochar el troquel con su código de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescriptos.
	Si el producto no tuviera troquel, colocar en el casillero del troquel correspondiente el nombre comercial del medicamento dispensado.
	Fecha de dispensación **(**1**)**
	Precio venta público y monto total a cargo de IOMA para cada medicamento. Total receta, a cargo afiliado, a cargo IOMA. **(**1**)**
	Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto. **(**1**)**
	- Comprobante de validación on line o número de validación. - Duplicado, copia o número de Ticket Fiscal.

	Firma del afiliado o de tercero y aclaración. En el caso que retire los medicamentos un tercero, el farmacéutico deberá solicitarle la documentación original del afiliado y además del tercero, su nombre, apellido, teléfono, dirección y documento de identidad, el cual deberá ser exhibido y asentado en la misma receta.
	Código de la farmacia, sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico.
Facturación de Recetas Crónicas	**<u>Todos los meses, salvo el último, se deberá presentar</u>**: - Cupón del período de dispensación original. - Troqueles. - Comprobante de validación on line o número de validación. - Duplicado, copia o número de Ticket Fiscal.
	<u>Último mes</u>: - Receta original con cupón del último mes - Troqueles - Comprobante de validación on line o número de validación. - Duplicado, copia o número de Ticket Fiscal.
6. ENMIENDAS	
	- Las correcciones y enmiendas a la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma. - La edad, sexo y peso podrán ser completados por el farmacéutico, por tratarse de información verificable por dicho profesional, si hubieren sido omitidos por el profesional prescriptor, y refrendado con su firma y sello. - El número erróneo o incompleto del afiliado puede ser salvado por el farmacéutico colocando el número correcto en la parte superior o al dorso de la receta con firma en conformidad del afiliado o tercero interviniente.
7. AUTORIZACIONES	
	Las autorizaciones realizadas expresamente por el IOMA serán dispensadas por fuera del sistema on line con la acreditación de la documentación respectiva, durante la etapa de implementación.
8. PLAN MAMI / PLAN SER	

PLAN MAMI	**<u>Recetarios:</u>** - Receta Oficial Plan MAMI – Chequera de Prenatal o Puerperio. - Los medicamentos odontológicos solo podrán venir prescriptos en las recetas de Plan MAMI que al pie cuentan con la leyenda "USO ODONTOLOGICO". - La cobertura del ACIDO FOLICO durante el embarazo se realizará en receta preimpresa en forma diferenciada del resto de los medicamentos. - <u>Leches:</u> Cubre únicamente las leches que se encuentren dentro del FTP de IOMA. - Con cobertura del 100%: Hasta los 2 (dos) meses de edad en receta preimpresa de leches. Desde los 2 (dos) hasta los 6 (seis) meses se podrán dispensar en las recetas habilitadas para medicamentos del Plan MAMI (hasta 8 kilos en total) con autorización del IOMA. - Después de los seis meses se entregarán con el monto fijo de IOMA. De acuerdo a lo informado telefónicamente por Andrea Mendiguibel el 18/02/11, las leches hasta los 2 meses de edad del bebe deben venir en las chequeras de leches del PLAN MAMI. En caso de que viniera una leche prescripta en un recetario adicional para un bebe menor a 2 meses, la misma debe contar con trámite con Orden de Provisión y autorizada al dorso.
	Todo medicamento de uso normatizado debe llevar autorización previa del IOMA mediante Orden de Provisión. En caso de ser única provisión la receta tiene la autorización al dorso.
PLAN SER	Se otorgará cobertura del 100% únicamente en anticonceptivos orales que se encuentren en el listado de IOMA vigente.
	<u>Recetario</u>: recetario oficial preimpreso Plan SER/ Recetario Crónico. En el caso que la mediación este prescripta en Recetario de Patologías Crónicas se debe proceder de la siguiente manera para la Dispensa: La receta original la debe conservar el afiliado hasta la utilización del último cupón (N° 4). **Para la dispensa previas bastara con la sola presentación del cupón correspondiente a cada mes, <u>NO</u> siendo necesaria la entrega de la FOTOCOPIA de la RECETA ORIGINAL**. Verificando lo prescripto con la presentación de la receta original.
9. NOTAS	
	- Para validar el afiliado on line se deberán cargar sólo los dígitos numéricos, no así las barras, guiones, letras, etc. - Para aquellos afiliados que no verifiquen su afiliación, el sistema de validación los autorizará dejándolos identificados para su posterior control

	- Se podrán dispensar todos los medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico de IOMA con el monto fijo indicado para cada uno de ellos. (El monto fijo nunca podrá superar el 100% del valor PVP del medicamento, si lo supera, la cobertura a cargo de la entidad será el valor PVP). - Las recetas que contengan medicamentos que figuran como de USO NORMATIZADO deberán encontrarse previamente autorizadas por la Auditoría Médica de IOMA mediante Orden de Provisión adjunta para proceder a su dispensa a excepción del Plan MAMI. - Las recetas que superan los $ 200 y no sean retiradas por el titular se ajustarán a los requisitos establecidos en el ítem 5 hasta tanto el CCC reglamente el procedimiento a seguir. - En caso de caída del sistema de validación o de las conexiones locales de Internet, la farmacia efectuará la dispensación de la receta sin su correspondiente validación por sistema, debiendo ser incorporada a la liquidación respectiva.

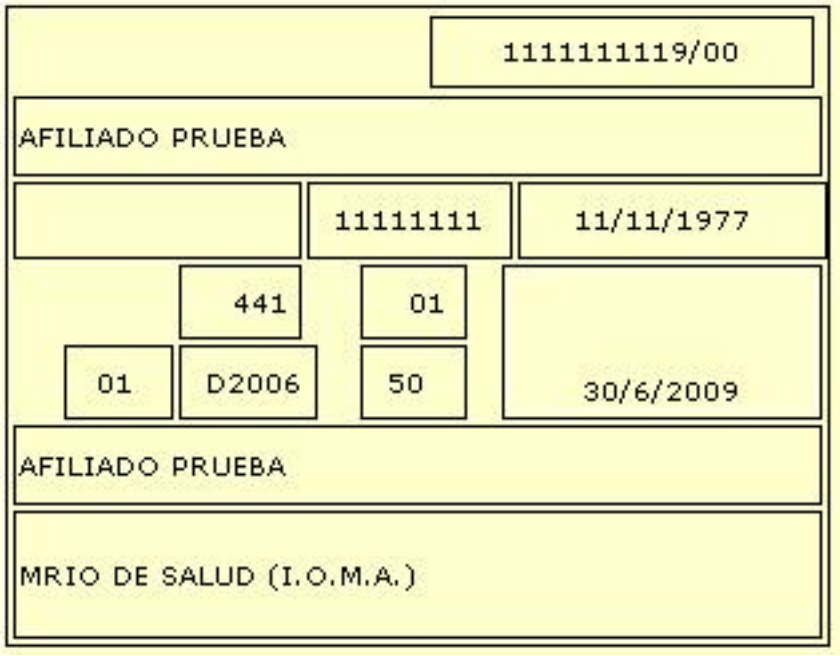
IOMA
Instituto de Obra Médico Asistencial

ANEXOS

Anexo 1 - Modelos de Credenciales Vigentes

Tarjeta magnética

Credencial de afiliados obligatorios



Credencial de afiliados voluntarios - Comprobante de pago

IOMA
Instituto de Obra Médico Asistencial
Calle 46 nº 886 - La Plata
Provincia de Buenos Aires

Buenos Aires LA PROVINCIA

Cód. Partido: | Nro. Boleta:
Franqueo a pagar - Cuenta

AFILIADOS VOLUNTARIOS INDIVIDUALES
BOLETA CREDENCIAL

1 CREDENCIAL PARA EL AFILIADO DIRECTO

Nro. de Afiliado | Apellido y Nombre del Afiliado

SELLAR AL DORSO

Nro. de Documento | Fecha de Nacimiento | Orig. | Part. | Loc. | C.C.

Primer Vencimiento: | IMPORTE TOTAL1:
Segundo Vencimiento: | IMPORTE TOTAL2:

Primer Alta: | Cuota Carencia: | Segunda Alta: | Período: | Año:

Próximo Vencimiento: | Comprobante: | Período de validez:

IOMA Instituto de Obra Médico Asistencial **CREDENCIAL PARA EL FAMILIAR A CARGO**

Nro. de Afiliado | Nro. de Documento | Período de validez: | Orig. | Part. | Loc. | C.C.

Período: | Año: | Comprobante: | IMPORTE TOTAL1: | IMPORTE TOTAL2:

SELLAR AL DORSO

Barra	Afiliado a cargo	DNI	Fecha de nac.	1º alta	2º alta	Cuota carencia	Fecha de cese

---

IOMA Instituto de Obra Médico Asistencial **2** **CUENTA 829/5 BANCO PROVINCIA DE BUENOS AIRES**
BOLETA DE DEPOSITO PARA EL BANCO

Cód. de Empresa 0369

SELLAR AL DORSO

Primer Venc. | IMPORTE TOTAL1:
Segundo Venc. | IMPORTE TOTAL2:
Nro. de Afiliado
Orig. | Part. | Loc. | C.C.
Período | Año | Comprobante

IOMA Instituto de Obra Médico Asistencial **3** **BOLETA DE DEPOSITO PARA IOMA**

Cód. de Empresa 0369

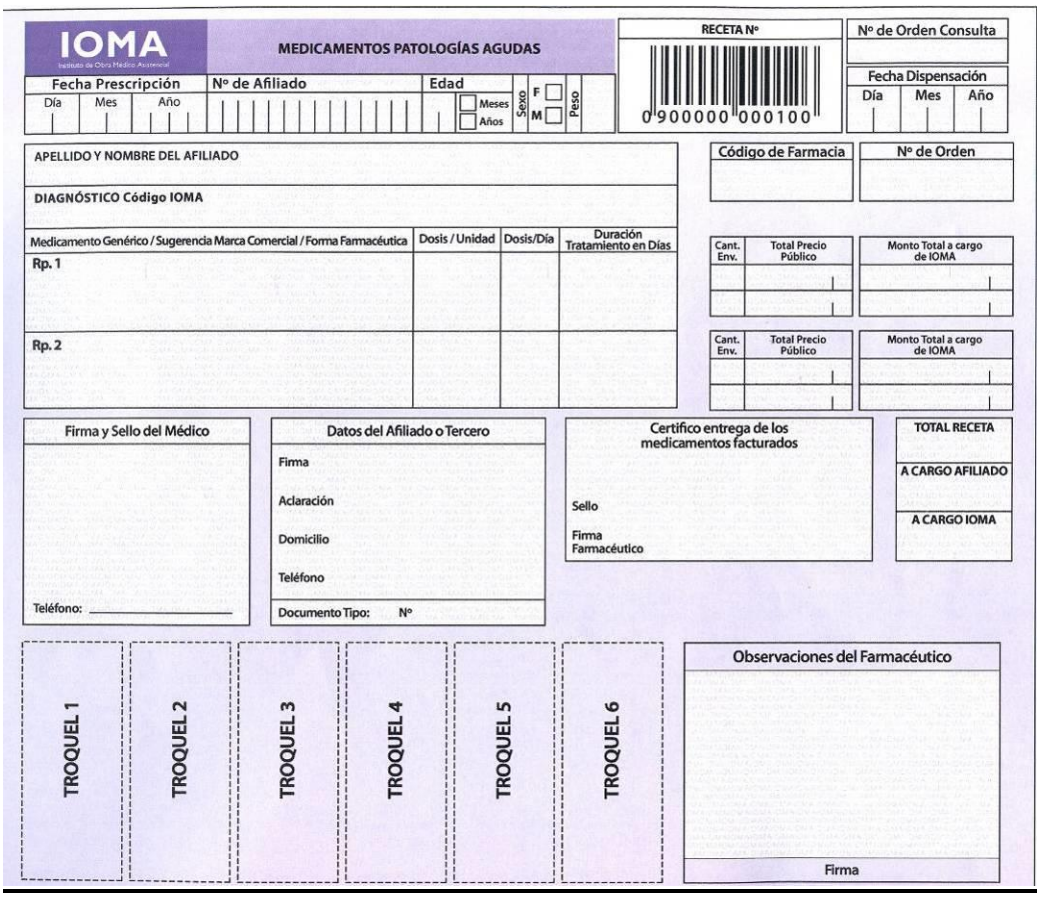
SELLAR AL DORSO

Apellido y Nombre del Afiliado
Nro. de Afiliado | IMPORTE TOTAL1:
Orig. | Part. | Loc. | C.C. | IMPORTE TOTAL2:
Período | Año | Comprobante

Anexo 2: Modelos de Recetarios

Estos modelos de recetarios convivirán con los vigentes actualmente durante 90 (noventa) días.

Patologías Agudas (frente)



IOMA
Instituto de Obra Médico Asistencial

MEDICAMENTOS PATOLOGÍAS AGUDAS

RECETA Nº
0 900000 000100

Nº de Orden Consulta

Fecha Dispensación
Día | Mes | Año

Fecha Prescripción
Día | Mes | Año

Nº de Afiliado

Edad
Meses
Años

Sexo
F
M

Peso

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO

DIAGNÓSTICO Código IOMA

Código de Farmacia

Nº de Orden

Medicamento Genérico / Sugerencia Marca Comercial / Forma Farmacéutica	Dosis / Unidad	Dosis/Día	Duración Tratamiento en Días
Rp. 1			
Rp. 2			

Cant. Env.	Total Precio Público	Monto Total a cargo de IOMA

Cant. Env.	Total Precio Público	Monto Total a cargo de IOMA

Firma y Sello del Médico

Teléfono: _____

Datos del Afiliado o Tercero

Firma

Aclaración

Domicilio

Teléfono

Documento Tipo: Nº

Certifico entrega de los medicamentos facturados

Sello

Firma Farmacéutico

TOTAL RECETA

A CARGO AFILIADO

A CARGO IOMA

TROQUEL 1

TROQUEL 2

TROQUEL 3

TROQUEL 4

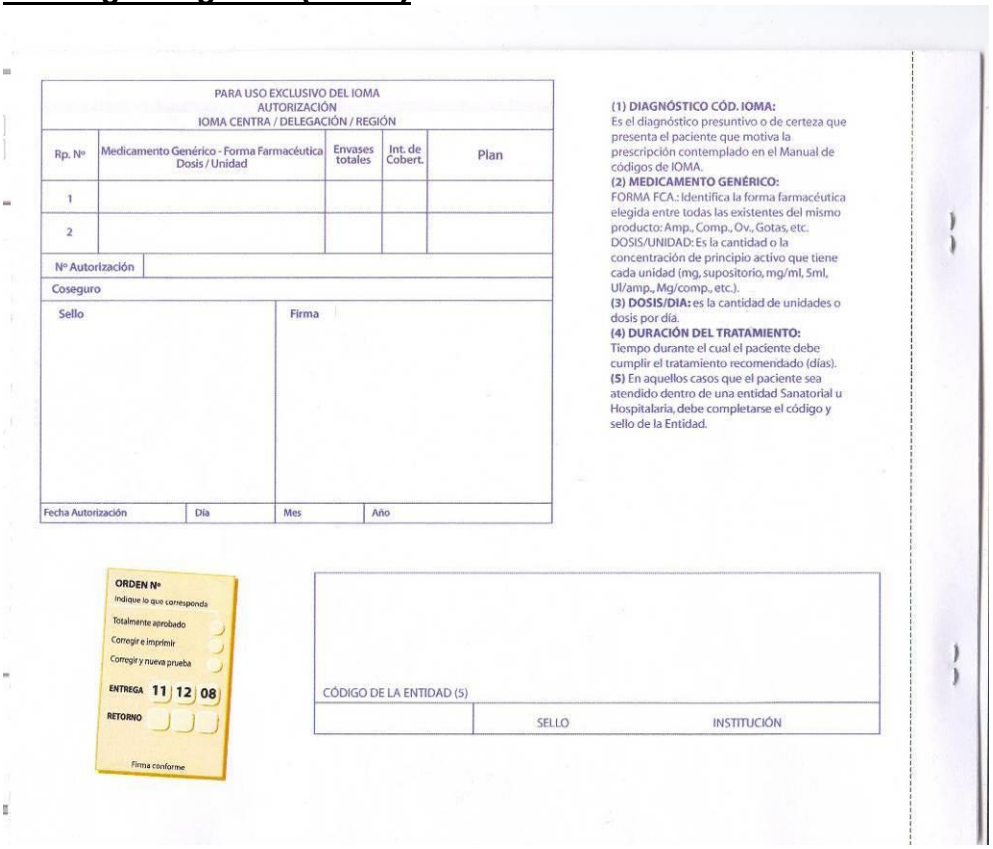
TROQUEL 5

TROQUEL 6

Observaciones del Farmacéutico

Firma

Patologías Agudas (dorso)



PARA USO EXCLUSIVO DEL IOMA
AUTORIZACIÓN
IOMA CENTRA / DELEGACIÓN / REGIÓN

Rp. Nº	Medicamento Genérico - Forma Farmacéutica Dosis / Unidad	Envases totales	Int. de Cobert.	Plan
1				
2				

Nº Autorización

Coseguro

Sello | Firma

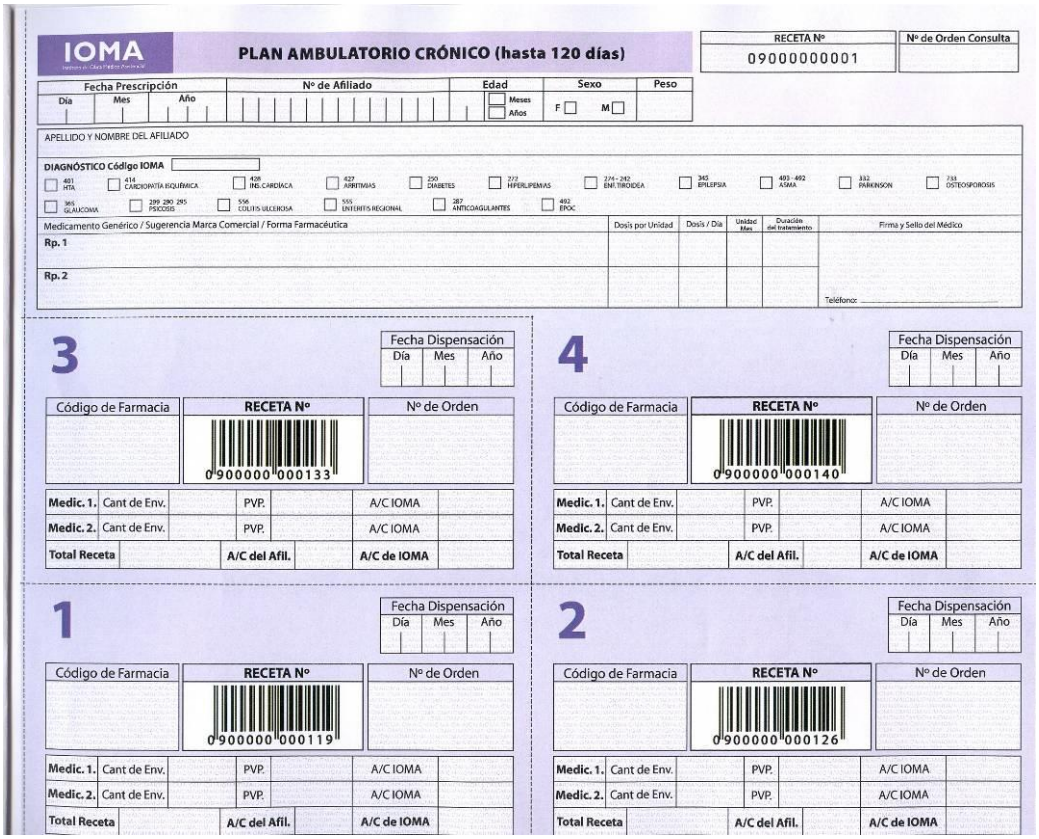
Fecha Autorización | Día | Mes | Año

(1) DIAGNÓSTICO CÓD. IOMA: Es el diagnóstico presuntivo o de certeza que presenta el paciente que motiva la prescripción contemplado en el Manual de códigos de IOMA.
(2) MEDICAMENTO GENÉRICO: FORMA FCA.: Identifica la forma farmacéutica elegida entre todas las existentes del mismo producto: Amp., Comp., Ov., Gotas, etc. DOSIS/UNIDAD: Es la cantidad o la concentración de principio activo que tiene cada unidad (mg, supositorio, mg/ml, 5ml, UI/amp., Mg/comp., etc.).
(3) DOSIS/DIA: es la cantidad de unidades o dosis por día.
(4) DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: Tiempo durante el cual el paciente debe cumplir el tratamiento recomendado (días).
(5) En aquellos casos que el paciente sea atendido dentro de una entidad Sanatorial u Hospitalaria, debe completarse el código y sello de la Entidad.

ORDEN Nº
Indique lo que corresponda
Totalmente aprobado
Corregir e imprimir
Corregir y nueva prueba
ENTREGA 11 12 08
RETORNO
Firma conforme

CÓDIGO DE LA ENTIDAD (5)
SELLO | INSTITUCIÓN

Patologías Crónicas (frente)



IOMA

PLAN AMBULATORIO CRÓNICO (hasta 120 días)

RECETA Nº 09000000001 | Nº de Orden Consulta

Fecha Prescripción (Día, Mes, Año) | Nº de Afiliado | Edad (Meses / Años) | Sexo (F / M) | Peso

APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO

DIAGNÓSTICO Código IOMA

401 HTA | 414 CARDIOPATÍA ISQUÉMICA | 428 INS. CARDÍACA | 427 ARRITMIAS | 250 DIABETES | 272 HIPERLIPEMIAS | 274 - 242 ENF. TIROIDEA | 345 EPILEPSIA | 493 - 492 ASMA | 332 PARKINSON | 733 OSTEOSPOROSIS | 365 GLAUCOMA | 299 290 295 PSICOSIS | 556 COLITIS ULCEROSA | 555 ENTERITIS REGIONAL | 287 ANTICOAGULANTES | 492 EPOC

Medicamento Genérico / Sugerencia Marca Comercial / Forma Farmacéutica	Dosis por Unidad	Dosis / Día	Unidad Mes	Duración del tratamiento	Firma y Sello del Médico
Rp. 1					
Rp. 2					Teléfono:

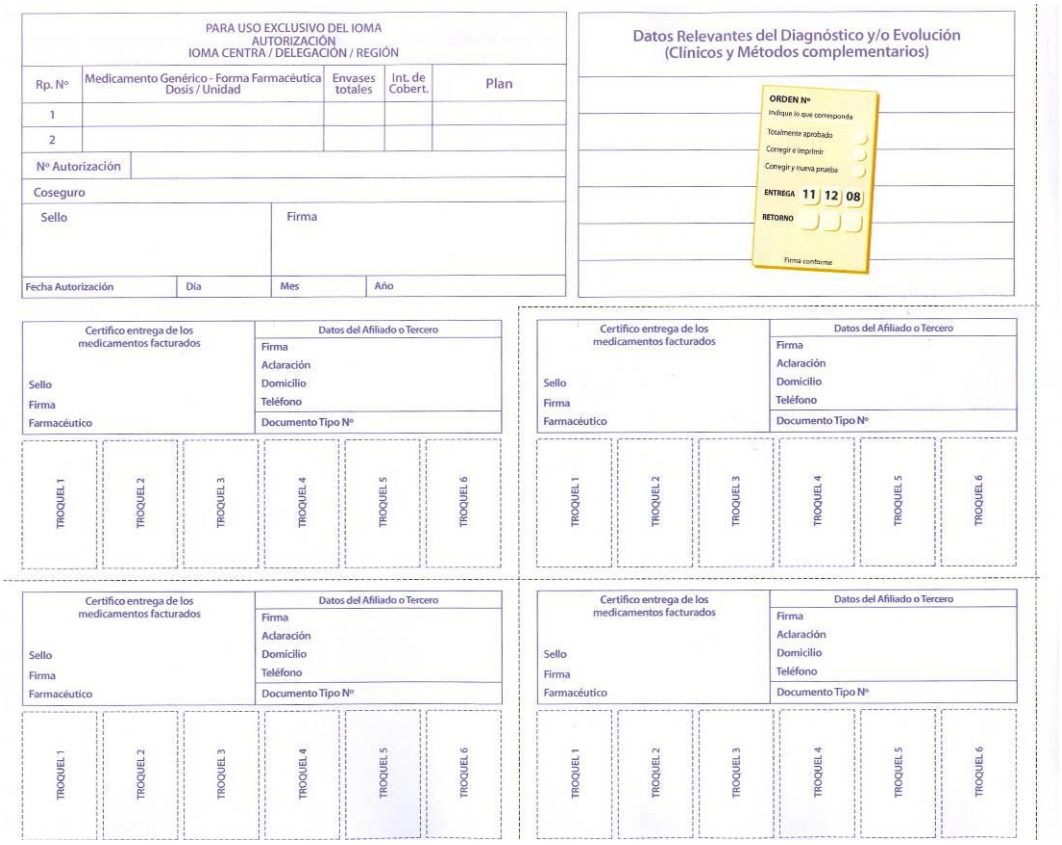
3 — Fecha Dispensación (Día, Mes, Año)
Código de Farmacia | RECETA Nº 0900000000133 | Nº de Orden
Medic. 1. Cant de Env. PVP. A/C IOMA
Medic. 2. Cant de Env. PVP. A/C IOMA
Total Receta | A/C del Afil. | A/C de IOMA

4 — Fecha Dispensación (Día, Mes, Año)
Código de Farmacia | RECETA Nº 0900000000140 | Nº de Orden
Medic. 1. Cant de Env. PVP. A/C IOMA
Medic. 2. Cant de Env. PVP. A/C IOMA
Total Receta | A/C del Afil. | A/C de IOMA

1 — Fecha Dispensación (Día, Mes, Año)
Código de Farmacia | RECETA Nº 0900000000119 | Nº de Orden
Medic. 1. Cant de Env. PVP. A/C IOMA
Medic. 2. Cant de Env. PVP. A/C IOMA
Total Receta | A/C del Afil. | A/C de IOMA

2 — Fecha Dispensación (Día, Mes, Año)
Código de Farmacia | RECETA Nº 0900000000126 | Nº de Orden
Medic. 1. Cant de Env. PVP. A/C IOMA
Medic. 2. Cant de Env. PVP. A/C IOMA
Total Receta | A/C del Afil. | A/C de IOMA

Patologías Crónicas (dorso)



PARA USO EXCLUSIVO DEL IOMA
AUTORIZACIÓN
IOMA CENTRA / DELEGACIÓN / REGIÓN

Rp. Nº	Medicamento Genérico - Forma Farmacéutica Dosis / Unidad	Envases totales	Int. de Cobert.	Plan
1				
2				

Nº Autorización

Coseguro

Sello | Firma

Fecha Autorización | Día | Mes | Año

Datos Relevantes del Diagnóstico y/o Evolución
(Clínicos y Métodos complementarios)

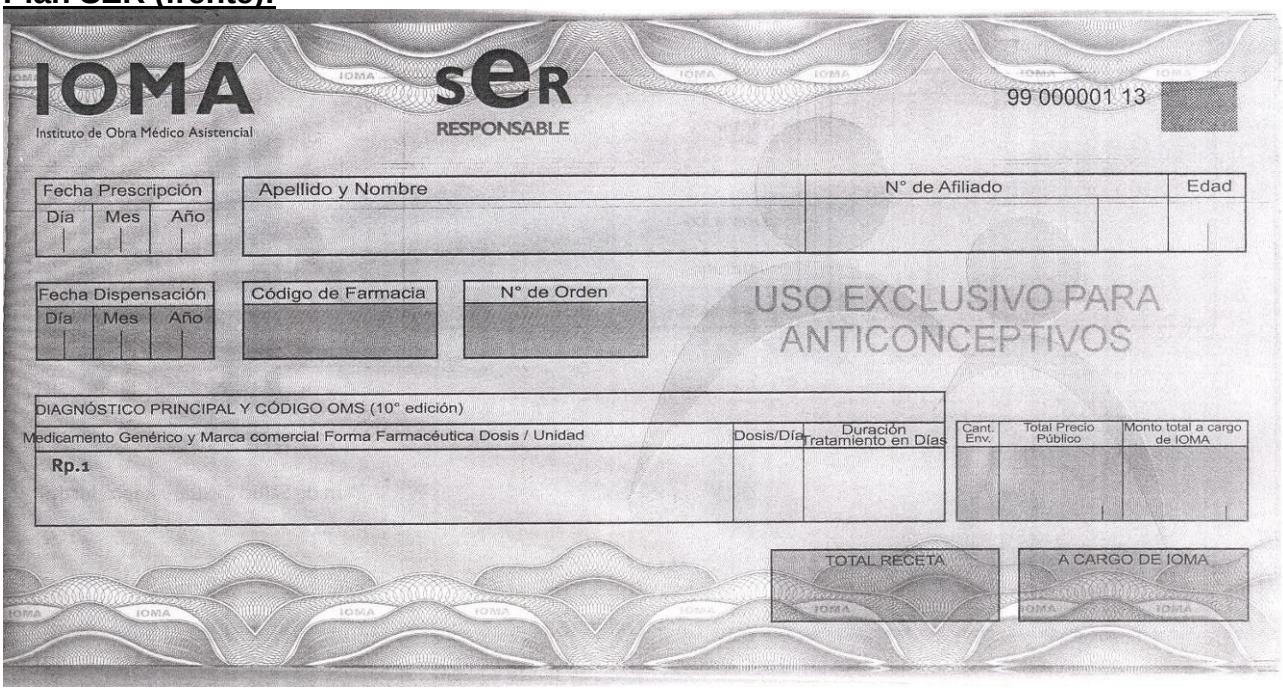
ORDEN Nº
Indique lo que corresponda
Totalmente aprobado
Corregir e imprimir
Corregir y nueva prueba
ENTREGA 11 12 08
RETORNO
Firma conforme

Certifico entrega de los medicamentos facturados
Sello
Firma
Farmacéutico

Datos del Afiliado o Tercero
Firma
Aclaración
Domicilio
Teléfono
Documento Tipo Nº

TROQUEL 1 | TROQUEL 2 | TROQUEL 3 | TROQUEL 4 | TROQUEL 5 | TROQUEL 6

Plan SER (frente):



IOMA SER
Instituto de Obra Médico Asistencial
RESPONSABLE
99 000001 13

Fecha Prescripción			Apellido y Nombre	N° de Afiliado		Edad
Día	Mes	Año				

Fecha Dispensación			Código de Farmacia	N° de Orden
Día	Mes	Año		

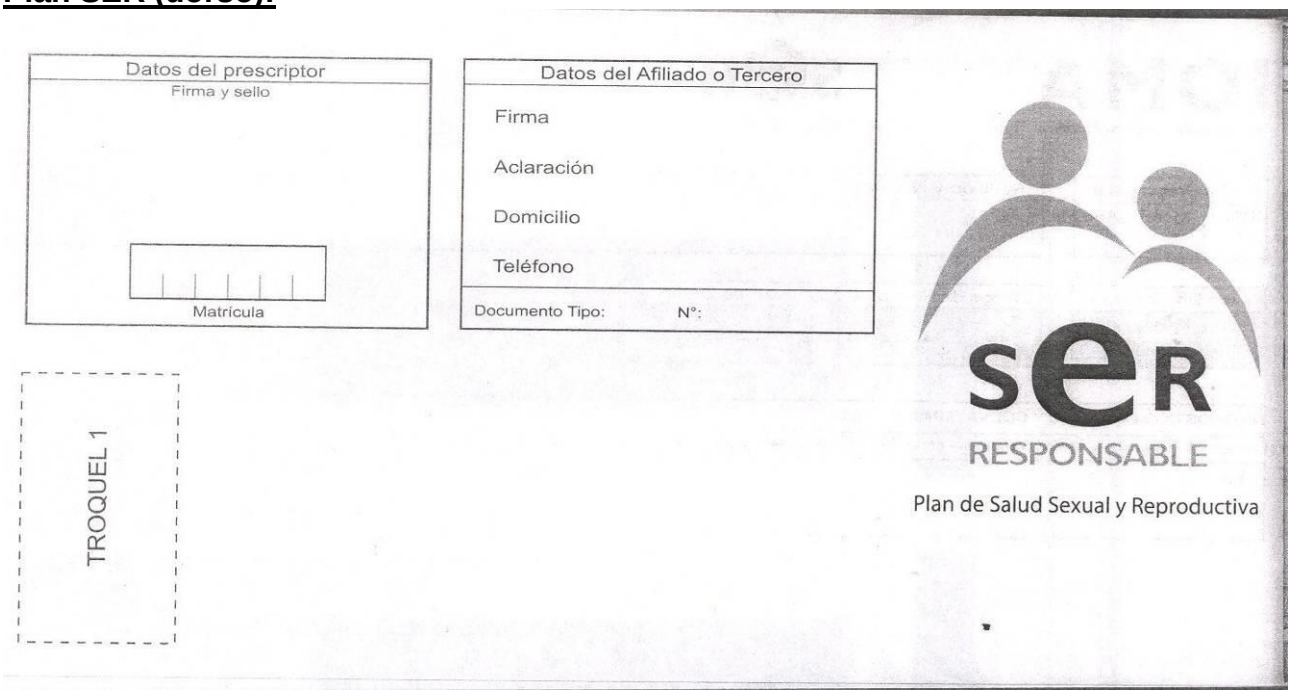
USO EXCLUSIVO PARA ANTICONCEPTIVOS

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y CÓDIGO OMS (10° edición)

Medicamento Genérico y Marca comercial Forma Farmacéutica Dosis / Unidad	Dosis/Día	Duración Tratamiento en Días	Cant. Env.	Total Precio Público	Monto total a cargo de IOMA
Rp.1					

TOTAL RECETA | A CARGO DE IOMA

Plan SER (dorso):



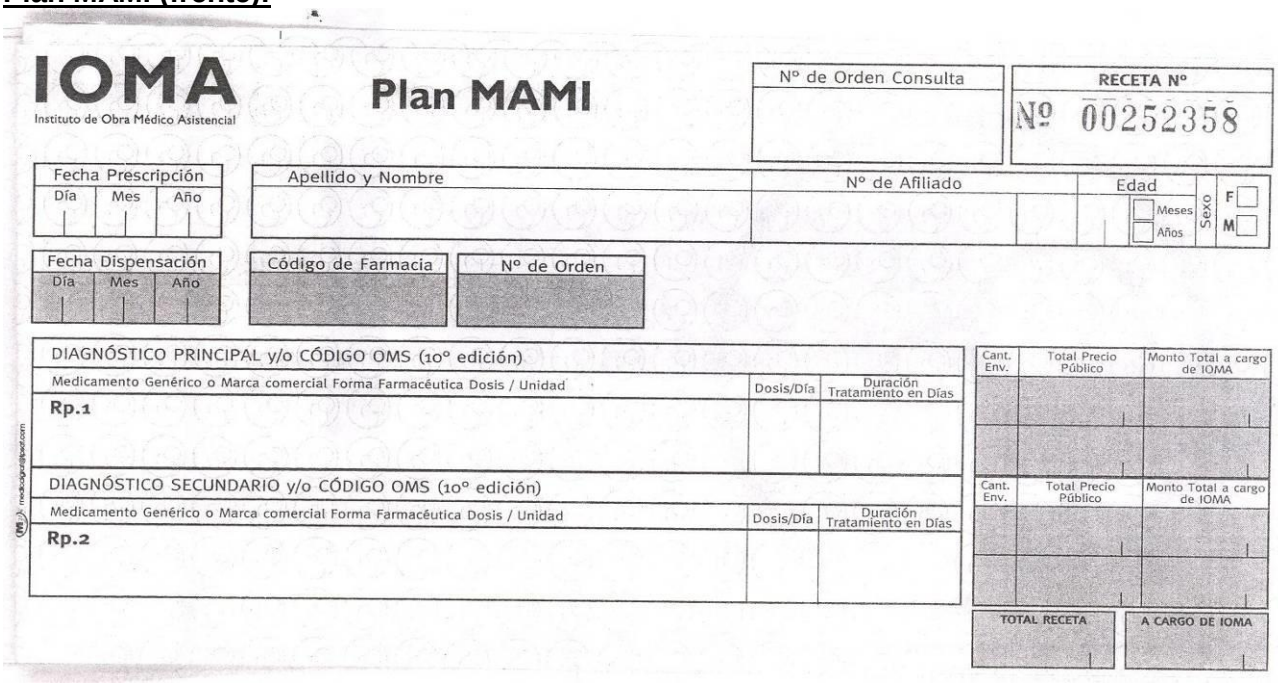
Datos del prescriptor
Firma y sello
Matrícula

Datos del Afiliado o Tercero
Firma
Aclaración
Domicilio
Teléfono
Documento Tipo: N°:

TROQUEL 1

SER
RESPONSABLE
Plan de Salud Sexual y Reproductiva

Plan MAMI (frente):



IOMA
Instituto de Obra Médico Asistencial

Plan MAMI

Nº de Orden Consulta

RECETA Nº
Nº 00252358

Fecha Prescripción: Día | Mes | Año

Apellido y Nombre | Nº de Afiliado | Edad: Meses / Años | Sexo: F / M

Fecha Dispensación: Día | Mes | Año

Código de Farmacia | Nº de Orden

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL y/o CÓDIGO OMS (10° edición)

Medicamento Genérico o Marca comercial Forma Farmacéutica Dosis / Unidad	Dosis/Día	Duración Tratamiento en Días	Cant. Env.	Total Precio Público	Monto Total a cargo de IOMA
Rp.1					

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO y/o CÓDIGO OMS (10° edición)

Medicamento Genérico o Marca comercial Forma Farmacéutica Dosis / Unidad	Dosis/Día	Duración Tratamiento en Días	Cant. Env.	Total Precio Público	Monto Total a cargo de IOMA
Rp.2					

TOTAL RECETA | A CARGO DE IOMA

Plan MAMI Uso Odontológico (frente):

IOMA
Instituto de Obra Médico Asistencial

Plan MAMI

Nº de Orden Consulta

RECETA Nº
Nº 00030994

Fecha Prescripción
Día | Mes | Año

Apellido y Nombre

Nº de Afiliado

Edad
Meses
Años

Sexo
F
M

Fecha Dispensación
Día | Mes | Año

Código de Farmacia

Nº de Orden

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL y/o CÓDIGO OMS (10º edición)

Medicamento Genérico o Marca comercial Forma Farmacéutica Dosis / Unidad | Dosis/Día | Duración Tratamiento en Días

Rp.1

Cant. Env. | Total Precio Público | Monto Total a cargo de IOMA

DIAGNÓSTICO SECUNDARIO y/o CÓDIGO OMS (10º edición)

Medicamento Genérico o Marca comercial Forma Farmacéutica Dosis / Unidad | Dosis/Día | Duración Tratamiento en Días

Rp.2

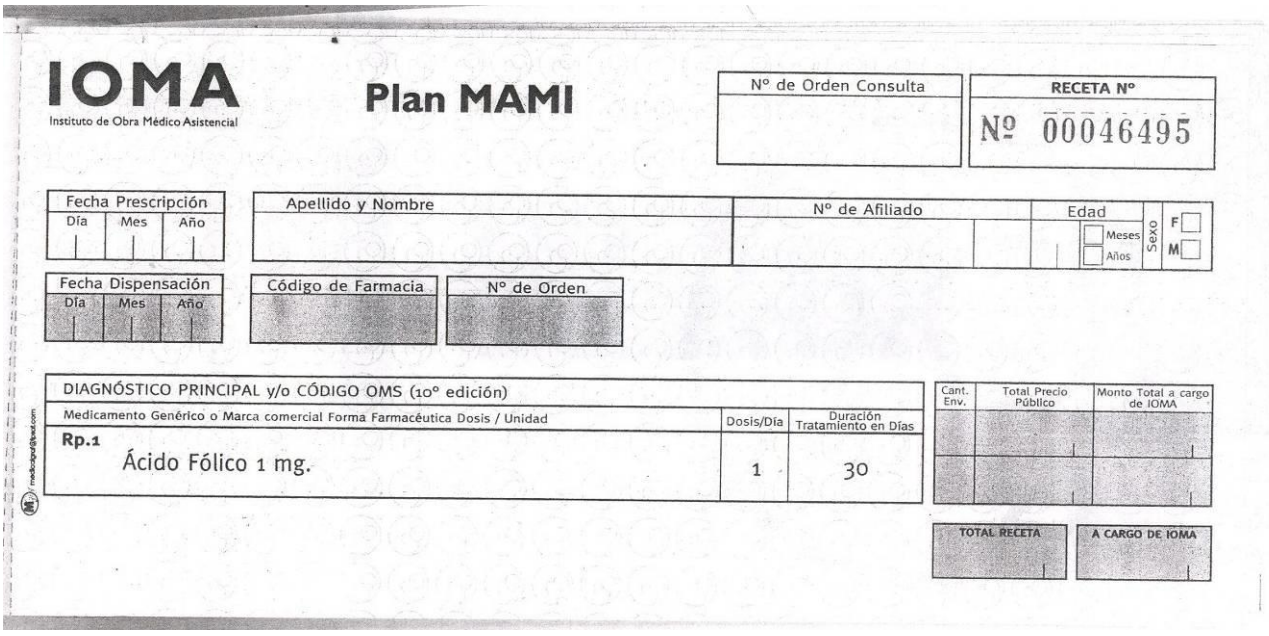
Cant. Env. | Total Precio Público | Monto Total a cargo de IOMA

USO ODONTOLÓGICO

TOTAL RECETA

A CARGO DE IOMA

Plan MAMI Ac. Fólico (frente):



IOMA
Instituto de Obra Médico Asistencial

Plan MAMI

Nº de Orden Consulta

RECETA Nº
Nº 00046495

Fecha Prescripción
Día | Mes | Año

Apellido y Nombre

Nº de Afiliado

Edad
Meses
Años

Sexo
F
M

Fecha Dispensación
Día | Mes | Año

Código de Farmacia

Nº de Orden

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL y/o CÓDIGO OMS (10º edición)

Medicamento Genérico o Marca comercial Forma Farmacéutica Dosis / Unidad | Dosis/Día | Duración Tratamiento en Días

Rp.1
Ácido Fólico 1 mg. | 1 | 30

Cant. Env. | Total Precio Público | Monto Total a cargo de IOMA

TOTAL RECETA

A CARGO DE IOMA

Plan MAMI Leches Maternizadas (frente):

IOMA
Instituto de Obra Médico Asistencial

Plan MAMI

Nº de Orden Consulta	RECETA Nº
	Nº 00017257

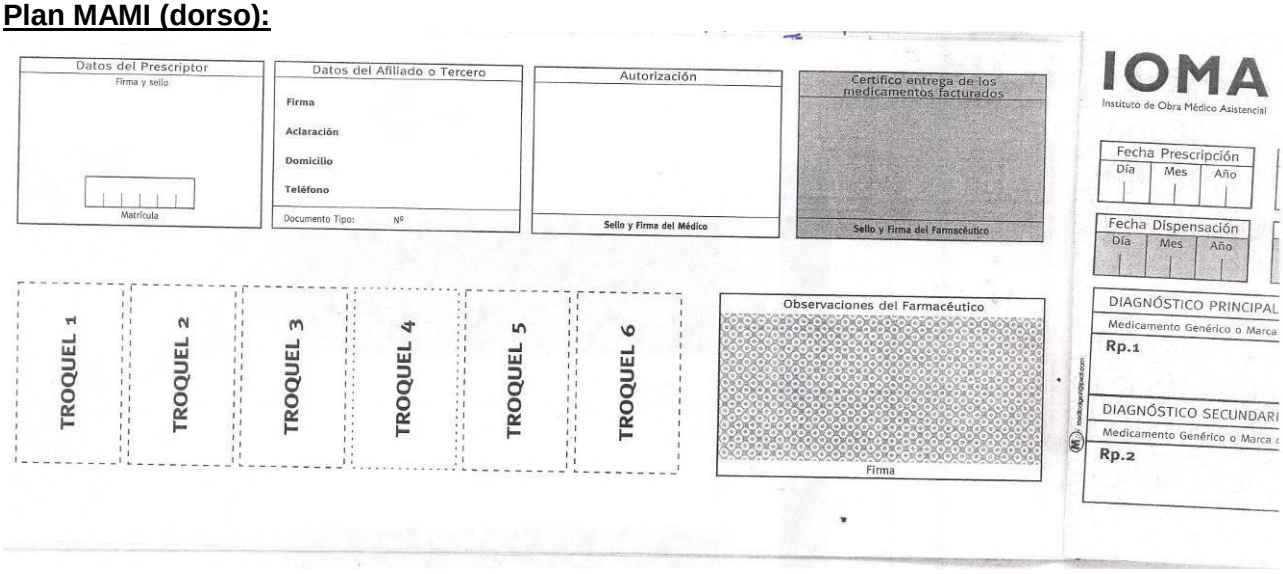
Fecha Prescripción			Apellido y Nombre	Nº de Afiliado	Edad		Sexo
Día	Mes	Año				Meses / Años	F / M

Fecha Dispensación			Código de Farmacia	Nº de Orden
Día	Mes	Año		

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL y/o CÓDIGO OMS (10° edición)			Cant. Env.	Total Precio Público	Monto Total a cargo de IOMA
Medicamento Genérico o Marca comercial Forma Farmacéutica Dosis / Unidad	Dosis/Día	Duración Tratamiento en Días			
Rp.1 Vale 4 Kg. de Leche Maternizada según FTP					

TOTAL RECETA	A CARGO DE IOMA

Plan MAMI (dorso):



Datos del Prescriptor	Datos del Afiliado o Tercero	Autorización	Certifico entrega de los medicamentos facturados
Firma y sello	Firma		
Matrícula	Aclaración		
	Domicilio		
	Teléfono		
	Documento Tipo: Nº	Sello y Firma del Médico	Sello y Firma del Farmacéutico

TROQUEL 1 | TROQUEL 2 | TROQUEL 3 | TROQUEL 4 | TROQUEL 5 | TROQUEL 6

Observaciones del Farmacéutico

Firma

IOMA
Instituto de Obra Médico Asistencial

Fecha Prescripción: Día / Mes / Año

Fecha Dispensación: Día / Mes / Año

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
Medicamento Genérico o Marca
Rp.1

DIAGNÓSTICO SECUNDARI
Medicamento Genérico o Marca
Rp.2

Anexo 3: Listado de Prescripción Odontológica:

20.01 FLUORUROS
20.01.01 FLUORURO DE SODIO
20.02 SALIVA ARTIFICIAL
20.02.01 DEMULCENTES ORALES
20.03 ANTIINFECCIOSOS
20.03.01 AMINOGLUCOSIDOS -VER 3.1.-
20.03.02 AZITROMICINA -VER 3.4.1.-
20.03.03 CEFALOSPORINAS -VER 3.3.-
20.03.04 CLINDAMICINA -VER 3.4.4.-
20.03.05 DOXICICLINA -VER 3.4.7.-
20.03.06 ERITROMICINA -VER 3.4.8.-
20.03.07 METRONIDAZOL -VER 3.4.11-
20.03.08 PENICILINA -VER 3.2.-
20.04 ANTIMICOTICOS
20.04.01 KETOCONAZOL -VER 3.12.4. Y 17.2.2.-
20.04.02 NISTATINA -VER 3.12.5. Y 17.2.4.-
20.05 ANTIVIRALES
20.05.01 ACICLOVIR -VER 3.11.1 Y 18.2.1
20.06 ANALGESICOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE)
20.06.01 ACIDO ACETILSALICILICO -VER 5.1.1.-
20.06.09 DEXKETOPROFENO-VER 5.1.-
20.06.02 DICLOFENAC -VER 5.1.2.-
20.06.03 DIPIRONA -VER 5.1.3-
20.06.04 IBUPROFENO -VER 5.1.4.-
20.06.05 INDOMETACINA -VER 5.1.5.-
20.06.06 KETOROLAC -VER 5.1.6.-
20.06.10 MELOXICAM-VER 5.1.-
20.06.11 NAPROXENO -VER 5.1.8.-
20.06.12 PARACETAMOL -VER 5.1.9.-
20.08 GLUCOCORTICOIDES -VER 9.4. Y 17.3.-
20.09 REVELADORES DE PLACA BACTERIANA
20.08.01 ERITROSINA

Anexo 4: Listado de Patologías y Drogas incluidas en recetas para Crónicos

Situaciones de salud y medicamentos donde la autorización de la prescripción puede hacerse hasta 120 días con dispensaciones mensuales.

***HIPERTENSION ARTERIAL*: Código 401**

AMLODIPINA
ATENOLOL
DILTIAZEM
ENALAPRIL
INDAPAMIDA
LOSARTAN
METOPROLOL
CARVEDILOL
NIFEDIPINA
PROPANOLOL
VERAPAMILO

***CARDIOPATIA ISQUÉMICA*: Código 414**

NITROGLICERINA
MONONITRATO DE ISOSORBIDE
DINITRATO DE ISOSORBIDE

***INSUFICIENCIA CARDIACA:* Código 428**

DIGOXINA
CLORTALIDONA
ESPIRONOLACTONA
FUROSEMIDA
HIDROCLOROTIAZIDA
HIDROCLOROTIAZIDA Y AMILORIDA

***ANTIARRITMICOS:* Código 427**

AMIODARONA
FLECAINIDA
METOPROLOL
MEXILETINA
PROPAFENONA
PROPANOLOL
QUINIDINA
SOTALOL
VERAPAMILO

***DIABETES :* Código 250**

METFORMINA
GLIBENCLAMIDA
GLIPIZIDA
~~INSULINAS~~ (no corresponde incluír en este listado – Inf. 06/2009)

***HIPERLIPEMIAS :* Código 272**

SIMVASTATIN
ATORVASTATIN
GEMFIBROZIL
ACIDO NICOTINICO
COLESTIRAMINA

***HIPERURICEMIA:* Código 274**

ALLOPURINOL
COLCHICINA

***HIPER E HIPOTIROIDISMO:* Código 244**

LEVOTIROXINA
METIMAZOL
PROPILTIURACILO
LIOTIRONINA

***EPILEPSIA:* Código 345**
ACIDO VALPROICO
CARBAMAZEPINA
CLONAZEPAM
ETOSUXIMIDA
FENOBARBITAL
FENITOINA

***ASMA Y EPOC:* Código 493 /492**
BECLOMETASONA
BUDESONIDE
CROMOGLICATO DE SODIO
FENOTEROL
FLUTICASONA
FORMOTEROL
IPRATROPIO
SALBUTAMOL
SALMETEROL
TEOFILINA ANHIDRA

***PARKINSON:* Código 332**
LEVODOPA Y CARBIDOPA
LEVODOPA Y BENZERAZIDA
BIPERIDENO
TRIHEXIFENIDILO

***ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA:* Código 556/555**
MESALACINA
SULFASALAZINA

***OSTEOPOROSIS:* Código 733**
BIFOSFONATOS

***OFTALMOLOGICOS:* Código 365**

Hipotensores oculares:
ACETAZOLAMIDA
TIMOLOL
DORSOLAMIDA
DORSOLAMIDA + TIMOLOL
BRIMONIDINA + TIMOLOL

Midriáticos y cicloplejicos:
ATROPINA
CICLOPENTOLATO
FENILEFRINA
TROPICAMIDA
HOMATROPINA

Mióticos:
PILOCARPINA

***ESQUIZOFRENIA; PSICOSIS:* Código 290-295-299**

CLORPROMAZINA
HALOPERIDOL
LEVOMEPROMAZINA
PROMETAZINA
TIORIDAZINA
TRIFLUOPERACINA

***DEPRESION:* Código 309**
AMITRIPTILINA
FLUOXETINA
SERTRALINA

ANTICOAGULACIÓN: Código 287
ACENOCUMAROL

ARTRITIS REUMATOIDEA: Código 71 4
CLOROQUINA
HIDROXICLOROQUINA
METOTREXATO
~~LEFLUNOMIDA~~ (no corresponde incluír en este listado – Inf. 06/2009)