



# CAMARA ARGENTINA DE FARMACIAS

Fundada el 28 de Septiembre de 1978

Personería Jurídica N° 3019 – Personería Gremial N° 516

**REF: OBRA SOCIAL** **D. A. S. M. I – UNIVERSIDAD DE LUJAN**

Nombre completo: Dirección Asistencia Social y Medicina Integral – Universidad Nacional de Lujan. N° CUIT: 30-58676240/7 – Condición ante I.V.A: Resp. NO Insc. Cód. de O.S.: 00999 – Dirección: Constitución 2388 - LUJAN

## **NORMATIVA PARA EL RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS. VIGENCIA AL 18-8-14**

Tendrán cobertura del 60% aquellos medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico de I.O.M.A (MANUAL FARMACEUTICO o AGENDA KAIROS) y del 40% los excluidos, con las siguientes excepciones:

- ❑ Anorexígenos – adelgazantes.
- ❑ Antioxidantes, energizantes psicofísicos (ej: Marathón, Pharmaton complex, etc).
- ❑ Antisépticos de superficie.
- ❑ Ciclostáticos.
- ❑ Cremas aclarantes, nutritivas, humectantes (3).
- ❑ Champúes medicamentosos (3).
- ❑ Fórmulas magistrales.
- ❑ Lociones y cremas para tratamiento del acné (3)
- ❑ Medicamentos con drogra Sildenafil y Orlistat.
- ❑ Medicamentos de internación.
- ❑ Pantallas solares.
- ❑ Pastas dentales con o sin troquel.
- ❑ Productos dermatológicos sin troquel.
- ❑ Productos homeopáticos.
- ❑ Venta libre.

**P.M.I.:** Cobertura 100% con las mismas exclusiones que la Cobertura común.

**VACUNAS:** todas las vacunas (incluidas o no en el F.T. de IOMA) deben dispensarse en receta previamente autorizada, con el porcentaje indicado en dicha autorización.

**SIGUE EN FOLIO 2**

Avenida Rivadavia 1615 – primer piso –1033 – Capital Federal  
t.e. Fax 4374-3934/4220 – página web: [www.caf.org.ar](http://www.caf.org.ar) - e-mail: [secrecd@caf.com.ar](mailto:secrecd@caf.com.ar)

# CAMARA ARGENTINA DE FARMACIAS FOLIO 2

Los medicamentos excluidos del F.T. de IOMA tendrán una cobertura del 40% en ambulatorios y del 100% en PMI.

Con las mismas excepciones que para los productos incluidos en el F.T.

**LECHES:** hasta 3 kg. por receta, UNICAMENTE en recetas especiales de leches, con el 100% de descuento.

La receta llevará autorización previa de DASMI, mediante firma y sello. El expendio de leche se realizará en base al siguiente detalle:

Del 1° al 4° mes: leche maternizada tipo: S 26, Vital infantil  
Nan 1, Nutrilom, Premium, y otras de las mismas características.

Del 5° al 12° mes: Nido, Sancor (bebé infantil) y otras de las mismas características.

**LECHES MEDICAMENTOSAS:** en receta autorizada, de acuerdo a estricta indicación médica, hasta el año de vida.

3 Kg. Por mes de Nurscy, Kas 1000, Soybee, Isomil y otras de las mismas características.

DESCUENTO:	OBRA SOCIAL	AFILIADO
Cobertura Común: Dentro F.T. IOMA	60%	40%
Fuera F.T. IOMA	40%	60%
P.M.I: Dentro o fuera F.T IOMA	100%	
Internados:	NO	
Otros:	NO	
<b>TIPO DE RECETARIO QUE SE ACEPTARÁ PARA ESTE SEGMENTO:</b> <b>OFICIAL: SÍ – PARTICULARES: SÍ – CONVENCIONALES: SÍ</b> <b>En caso de tener algún plan o cobertura especial, llevará el sello y autorización correspondientes.</b>		
VALIDEZ DE LA RECETA: 30 DÍAS.	TROQUELADO: <input checked="" type="checkbox"/>	
FECHA DE EXPENDIO: <input checked="" type="checkbox"/> Con sello: <input checked="" type="checkbox"/>	ACLARACIÓN FIRMA MEDICO y N° MATRÍCULA: MANUSCRITO: <input checked="" type="checkbox"/>	
ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:	Letras: <input checked="" type="checkbox"/>	NUMEROS: <input checked="" type="checkbox"/>
ENMIENDAS SALVADAS: Por el médico: <input checked="" type="checkbox"/> Por el afiliado (enmiendas del Farmacéutico) <input checked="" type="checkbox"/>		
DEL RESUMEN: CARÁTULA POR TRIPLICADO.		
Presentación: mensual. COBERTURA DEL SERVICIO: PARA TODA LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. DE LA PRESCRIPCIÓN: Cantidad máxima de: PRODUCTOS POR RECETA: 2 (DOS) UNIDADES POR TAMAÑO y POR RENGLÓN: 2 (DOS) del tamaño indicado por el médico (2). ANTIBIÓTICOS INYECTABLES: Envases individuales:5 (cinco) Multidosis: 1 (uno)		

SIGUE EN FOLIO 2

## OBSERVACIONES:

### **TIPO DE RECETARIO QUE SE ACEPTARÁ PARA ESTE SEGMENTO:**

**OFICIAL: SÍ – PARTICULARES: SÍ – CONVENCIONALES: SÍ**

**En caso de tener algún plan o cobertura especial, llevará el sello y autorización correspondientes.**

**Recetario COMUN:** de 2 renglones, color celeste. Debe figurar **OBLIGATORIAMENTE** el **DIAGNOSTICO**.

**Recetario PMI:** color amarillo.

**Recetario CONTROL PRENATAL:** color rosa.

**Recetas para leches MATERNIZADAS y MEDICAMENTOSAS:** de 1 a 4 meses del bebe.

**Recetas para LECHES ENTERAS y MEDICAMENTOSAS:** ded 5 a 12 meses del bebé.

Las recetas para LECHES son color blanco, con un detalle amarillo en su parte superior y con la leyenda “Receta para Leches mes.....” en su margen superior derecho.

(2) Hasta 2 (dos) medicamentos de cualquier tamaño por renglón, siempre que no exceda el total de 2 (dos) troqueles por receta.

(3) Solamente recetada por dermatólogo y con autorización previa de DASMI.

Autorización previa: cualquier medicamento incluido o excluido de la presente normativa podrá ser reconocido con autorización previa de DASMI donde figure el porcentaje de cobertura.

**CIRCULAR N° 054/2009: La OS requiere incluir en su Normativa con efectividad al 25-6-2009, los siguientes aspectos:**

- Tendrán cobertura todos los medicamentos que se encontraban excluidos.
- Quedan sin cobertura los de venta libre y los homeopáticos.
- Deben observar autorización previa de DASMI:
  - 1- Productos dermatológicos.
  - 2- Vacunas.
  - 3- Leches maternizadas.

**SIGUE EN FOLIO 4**

# **CAMARA ARGENTINA DE FARMACIAS FOLIO 4**

A los efectos de unificar los requisitos de la presente normativa, copiamos textualmente los términos de las siguientes Circulares:

**Nro. 26 / 2011** Nos dirigimos a usted a efectos de hacerle saber que la OS de cita pondrá en circulación a la brevedad, el nuevo modelo de recetario para **TRATAMIENTO PROLONGADO**.

Luce color verde y está compuesto por cuatro cupones visiblemente numerados, los cuales se presentarán acompañados con copia de la prescripción médica, SALVO el talón N° 4 que deberá observar en original, la anotación del médico actuante.

La cobertura continúa al 60% si IOMA la cubre, y al 40% en caso negativo. Las de 100% tienen que contar con autorización previa de DASMI.

Para finalizar, agrega la OS que sólo van dos troqueles por receta EXCEPTO en ocasiones especiales, con la debida autorización.

**Nro. 064/2013** Nos dirigimos a ustedes a efectos de informarles que a partir del próximo 1 de enero, comenzará a circular el nuevo modelo de receta que se acompaña en archivo para mejor observación.

El mismo coexistirá con los que se encuentran en uso, los cuales mantendrán vigencia hasta nuevo aviso.

**Nro. 033/2014** Nos dirigimos a ustedes con el propósito de hacerles saber que debido a la implementación del nuevo Sistema de Gestión de DASMI, las órdenes de medicamentos (anticonceptivos y Tratamiento Prolongado) observan solamente la fecha de vencimiento, y NO FIGURA FECHA DE PRESCRIPCIÓN.

Solicita encarecidamente la referida entidad, que las validen con la fecha de recepción a fin de evitarles inconvenientes a sus afiliados.

**SIGUE EN FOLIO 5**

# CAMARA ARGENTINA DE FARMACIAS FOLIO 5

## MODELO DE RECETA MENCIONADO EN LA CIRCULAR NRO. 064/2013

ORIGINAL PARA EL AFILIADO

### RECETARIO

Nro.



0103000000001240000

Titular: 00001917-00 LEU AGUERO DANIEL ANDRES  
Plan: BASICO AFILIADOS PROPIOS

Fecha Emisión	Benef. Número	Apellido y Nombres			
Rp	Descripción		Cant.	Importe	%
1					
2					

DIAGNOSTICO:

Fecha Dispensa:

\* NO SE RECONOCEN MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Firma y Sello Formado

Firma Afiliado: \_\_\_\_\_  
Aclaración: \_\_\_\_\_  
Documento: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_

Total	
Afiliado	
Dasmi	

Troquel 1
Troquel 2

\*\* Nº de Urgencias: 011-1554724002 \*\*

**DASMI** Dirección de Atención Básica y Médica de la Universidad Nacional de Luján  
Av. Constituyente 1034 Luján, Buenos Aires, 4700 Tel: (0337) 4441211 Fax: (0337) 4441210

0103000000

Forma Impresión 25/12/2013