

## PLANES ESPECIALES

	A CARGO ENTIDAD	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE	VALIDACION ONLINE
CRONICIDAD (*)	40% - 70%	60% - 30%	VADEMECUM CRONICO	SI
HIPOGLUCEMIANTES ORALES (*)	70%	30%	VADEMECUM CRONICO	SI
DISCAPACIDAD (*1)	100%	----	MANUAL FARMACEUTICO	SI (*)
PLAN MATERNO INFANTIL (*) (*2)	100%	----	VADEMECUM P.M.I.	SI

### CREDECIAL

Definitiva: SI  
Provisoria: SI

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** SI

### TIPO DE RECETARIO (\*3)

Oficial: SI  
Particular: SI

**VALIDEZ DE LA RECETA:** 30 días corridos

### PSICOFARMACOS

Duplicado: SI  
Fotocopias: NO

### ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.

Con sello: SI                      Manuscrito: NO

### ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES

(cuando supere la unidad)

Letras: SI                      Números: SI

### LIMITACIONES CANTIDAD

Hasta dos (2) especialidades por receta y hasta una (1) unidad por especialidad.

### Excepciones:

- **Antibióticos inyectables monodosis:** Hasta cinco (5) unidades.  
- Con la leyenda "**TRATAMIENTO PROLONGADO**": Hasta dos (2) unidades por especialidad.

### LIMITACIONES TAMAÑO

**Si indica:** Lo requerido.

**Si no indica:** El menor.

**Si indica "GRANDE":** El inmediato siguiente al menor.

**Si erra:** El inmediato inferior al indicado.

### ESPECIALIDADES EXCLUIDAS

• PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO FIGUREN EN VADEMECUM.

### ENMIENDAS SALVADAS:

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por el afiliado: SI (errores de expendio)

### PRESENTACION (\*4)

**FACTURACION Y REFACTURACION:** Ver normas generales de atención y presentación.

**Toda receta y/o prescripción médica u odontológica debe efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase y concentración.**

## PLANES ESPECIALES

### (\* COBERTURA

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando a <http://validacionesag.com/> o bien a través de los sistemas de facturación integrados.

**FORMATO DE CREDENCIAL PARA VALIDACION: 000000X/OX**

**IMPORTANTE: PARA EL PLAN "DISCAPACIDAD" LA VALIDACION NO IMPLICA ACEPTACION. SE DEBE VERIFICAR LA AUTORIZACION EMITIDA POR LA OBRA SOCIAL. DICHO PLAN EXCLUYE LAS LIMITACIONES DE RP POR RECETA Y UNIDADES DE CADA UNO.**

### (\*1) DISCAPACIDAD

Las recetas se deberán encontrar AUTORIZADAS por la Obra Social con la leyenda "DISCAPACIDAD 100%" o similar.

Los únicos autorizantes para esta cobertura son el **DR. MANUEL BALDERMAN** y la **DRA. MARIA EUGENIA SALVA** mediante firma y sello.

El paciente deberá presentar indistintamente receta o planilla recetario de medicamentos para personas con discapacidad.

### (\*2) PLAN MATERNO INFANTIL

#### COBERTURA:

**PARA LA MADRE:** Durante el embarazo y hasta un mes después del parto.

**PARA EL NIÑO:** Hasta el 1er. (primer) año de vida.

### (\*3) TIPO DE RECETARIO

#### RECETARIO PARTICULAR

Las recetas particulares son válidas únicamente en las coberturas de **HIPOGLUCEMIANTES ORALES** y de **DISCAPACIDAD**.

#### PLAN MATERNO INFANTIL

Son válidos los siguientes recetarios:

- Oficial exclusivo de PLAN MATERNO INFANTIL (ver modelo).
- Oficial para todos los planes. Verificar que se encuentre señalado el casillero "PLAN M.I." indicando que corresponde el 100% de descuento (ver modelo).

### (\*4) PRESENTACION

Las facturaciones se deberán presentar en planillas por separado, conforme el siguiente esquema:

- 40% - CRONICIDAD
- 70% - CRONICIDAD

Norma de Atención N°: 5625  
Vigencia: 01/02/2024

## PLANES ESPECIALES

- 70% - HIPOGLUCEMIANTES ORALES
- 100% - DISCAPACIDAD
- 100% - PLAN MATERNO INFANTIL

### MUY IMPORTANTE:

**TODO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS GENERALES DE ATENCION Y PRESENTACION ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.**

## MODELOS DE CREDENCIAL



## MODELOS DE CREDENCIAL PMI 100%

### PLAN MATERNO



Norma de Atención N°: 5625  
Vigencia: 01/02/2024

## PLANES ESPECIALES

### PLAN INFANTIL



### MODELO DE CREDENCIAL PROVISORIA

Obra Social de la Federación Gremial de la Carne Certificado de afiliación provisorio										
Empresa										
Fecha de ingreso del titular:										
N° de CUIL del titular:										
Afiliado titular N°										
Apellido y nombres	Condición	Tipo Doc.	N° Documento							
DEVITTO, Silvana Andrea	Titular	Dni	20.425.004							
STRAGA CAROLINA	HUANO	Dni	39.064.543							
STRAGA ARIANA	HUANO	Dni	42.375.992							
STRAGA CLAUDIO	ESPOSA/O	Dni	18.374.125							
Este certificado no podrá exceder los 30 días a partir de la fecha de otorgamiento.										
Lugar: Buenos Aires		Fecha: 13/12/2007								
<b>NOTA</b>		<b>VENCIMIENTO</b>		<b>FIRMA Y ACLARACION</b>						
Este certificado tendrá validez con la presentación del último recibo de haberes, sellado y firmado por el Empleador y Documento de identidad.		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13</td> <td>1</td> <td>2008</td> </tr> </tbody> </table>		Día	Mes	Año	13	1	2008	
Día	Mes	Año								
13	1	2008								

### MODELO DE RECETARIO

Norma de Atención N°: 5625  
Vigencia: 01/02/2024

## PLANES ESPECIALES

(color rojo)

 <b>OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION GRIEMET DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS - 4591-2000</b> AFILIADO TITULAR		<b>MOTIVO O DIAGNÓSTICO:</b>		<b>RECETA N°</b> 081350	
NOMBRE Y APELLIDO APELLIDO Y NOMBRE		PLAN SI NO M.I. NO		NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA FARMACIA	
SEXO FECHA DE NACIMIENTO FECHA DE EXPIRACION		CATEGORIA LETRAS NOMBRES		SEXO FECHA DE NACIMIENTO FECHA DE EXPIRACION	
40% 70% 100%		A TITULO DE FARMACIA Y SUJETO DEL REGISTRO NACIONAL		TOTAL FARMACIA FARMACIA REGISTRO FARMACIA SOCIAL	
FOLIO 1		FOLIO 2		FOLIO 3	

## MODELO DE RECETARIO

(color negro)

<b>N° MUESTRA</b> Tulo de Control PMI SI NO		 <b>OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION GRIEMET DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS - 4591-2000</b> AFILIADO TITULAR		<b>MOTIVO O DIAGNÓSTICO:</b>		<b>RECETA N°</b> MUESTRA	
NOMBRE Y APELLIDO APELLIDO Y NOMBRE		PLAN SI NO M.I. NO		NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA FARMACIA		SEXO FECHA DE NACIMIENTO FECHA DE EXPIRACION	
40% 70% 100%		A TITULO DE FARMACIA Y SUJETO DEL REGISTRO NACIONAL		TOTAL FARMACIA FARMACIA REGISTRO FARMACIA SOCIAL		FOLIO 1 FOLIO 2 FOLIO 3 FOLIO 4 FOLIO 5 FOLIO 6 FOLIO 7 FOLIO 8	

## MODELO DE RECETARIO PLAN MATERNO INFANTIL

Norma de Atención N°: 5625  
Vigencia: 01/02/2024

## PLANES ESPECIALES

PLAN MATERNO INFANTIL - ORDEN PARA MEDICAMENTOS										000-01027	
NÚMERO DE AFILIADO		EDAD	FECHA DE EMISIÓN			FECHA PRESTACIÓN					
		SEXO									
APELLIDO Y NOMBRE					DOMICILIO						
MEDICAMENTOS		CANT. RECEPTA		FORMA	CANT. TRÓQUEL	CANT. ENTREGA	IMPORTE UNIDAD	IMPORTE TOTAL	M. NÚM. AFILIADO	IMPORTE UAM	
1		NÚM.	LETRAS								
2											
DIAGNÓSTICO				FIRMA Y SELLO PROFESIONAL			APPELLIDO Y NOMBRE AFILIADO O TERCERO				
							DOMICILIO				
							N° DE DOCUMENTO				
TROQUEL		SELLO DE LA FARMACIA		FIRMA Y SELLO FARMACÉUTICO			FINANCIADO O TERCERO				

### MODELO DE RECETARIO Exclusivo de la Delegación Tucumán

 OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION GREMIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS - RNP 1-2500-7		MOTIVO O DIAGNOSTICO			RECETA N° 5				
					Tipo: AMBULATORIO				
Titular N°	Fecha 06/02/2017	PMI: NO		Nombre o Razón Social de la Farmacia					
Beneficiario		Edad: 0			Fecha	Cnt.	Precio Un.	Importe	%OS
		Sexo:							
		Cnt. Letra	Cnt. Num.						
Rp.				Firma Farmacéutico					
Rp.									
Observación				Conf. Benefic. Aclaración y Doc.		Total Receta			
40%	Autoriz. Médico Auditor	Profesional				a Cargo Beneficiario			
70%						a Cargo Obra Social			
100%	Firma y Sello	Sello Aclaración Firma y Matrícula							
Se testearán los medicamentos no entregados									