



OBRA SOCIAL: AMSTERDAM SALUD

Nombre Completo: AMSTERDAM SALUD S.A. para la atención de los afiliados de la Obra Social de Recibidores de Granos y Anexos

Nº de CUIT: 30-70893009-8 - Cód. de O.S.: 1-1880-4

Dirección: Junín 622 – Dpto. 1 – C.P. 4000 – San Miguel de Tucumán

<p>DESCUENTO:</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">O.S</td> <td style="text-align: center;">Afiliado</td> </tr> <tr> <td>Ambulatorio</td> <td style="text-align: center;">40%/50%/70%</td> <td style="text-align: center;">resto</td> </tr> <tr> <td>PMI</td> <td style="text-align: center;">100%</td> <td style="text-align: center;">----</td> </tr> </table> <table border="0"> <tr> <td>AMS 10.....</td> <td style="text-align: center;">40%.....</td> <td style="text-align: center;">resto</td> </tr> <tr> <td>AMS 20</td> <td rowspan="3" style="text-align: center;">} 50%.....</td> <td rowspan="3" style="text-align: center;">resto</td> </tr> <tr> <td>AMS 30</td> </tr> <tr> <td>AMS 40</td> </tr> </table> <p>URGARA 10.....40%.....resto</p> <p>URGARA 2050%.....resto</p> <p>❖ URGARA 4050%..... resto</p> <p>❖ PLAN CON TOPE \$ 650.-requiere AUTORIZACION</p> <p>TIPO DE RECETARIO:</p> <p>Oficial: SI (1)</p> <p>Particulares: SI (2)</p> <p>VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días a partir de la fecha de prescripción</p> <p>TROQUELADO: SI</p> <p>FECHA DE EXPENDIO: SI</p> <p>ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nro. DE MATRICULA:</p> <p>Con sello: SI</p> <p>Manuscrito: NO (salvo que sea ilegible el sello)</p> <p>ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES:</p> <p>Letras: si Números: si</p> <p>ENMIENDAS SALVADAS:</p> <p>Por el Médico: SI (con firma y sello)</p> <p>Por el Farmacéutico: SI (con firma y sello)</p> <p>Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI(con firma de conformidad del afiliado)</p> <p>DEL RESUMEN:</p> <p>Carátula: on line</p> <p>Cantidad: Una</p> <p>Presentación: Mensual</p> <p>Las recetas podrán presentarse al cobro hasta 90 días posteriores a la fecha de dispensa.</p> <p>COBERTURA DEL SERVICIO: Toda la provincia de Buenos Aires.</p>		O.S	Afiliado	Ambulatorio	40%/50%/70%	resto	PMI	100%	----	AMS 10.....	40%.....	resto	AMS 20	} 50%.....	resto	AMS 30	AMS 40	<p>DE LA PRESCRIPCION:</p> <p>Cantidad Máxima de:</p> <p>PRODUCTOS DISTINTOS POR RECETA: 2 (dos) de distinto principio activo</p> <p>UNIDADES POR RENGLÓN: 1 (uno)</p> <p>UNIDADES POR TAMAÑO: los dos productos deben ser de tamaño chico.</p> <p>TRATAMIENTO PROLONGADO: cuando el médico prescriptor coloque la leyenda Tratamiento Prolongado, deberán dispensarse los tamaños prescriptos.</p> <p>Antibióticos inyectables: Monodosis: cinco (05) Multidosis: dos (02)</p> <p>RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:</p> <p>Ambulatorio: se reconocerán todos los medicamentos prescriptos por nombre genérico, de venta bajo receta, que figuren en Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, con las siguientes exclusiones y Anexo I (dorso de la normativa): Productos homeopáticos Venta Libre</p> <p>Vacunas: con autorización previa del Médico Auditor.</p> <p>PMI: cobertura 100%, de los medicamentos incluidos en el vademécum PMI, para la madre desde el diagnóstico de embarazo hasta 30 días posteriores al parto y para el niño hasta el año de vida. Aquellos medicamentos que no figuren en el vademécum PMI, serán reconocidos con el 40% de cobertura. Las vacunas también tienen una cobertura del 40%.</p> <p>LECHES: únicamente se reconocerán las leches medicamentosas, si cuentan con autorización previa del Médico Auditor.</p> <p>IMPORTANTE: aquellos productos cuyo precio de venta al público sea igual o superior a \$ 475 deberán contar con autorización previa del Médico Auditor.</p> <p>❖ PLAN URGARA 40 : AQUELLOS PRODUCTOS CUYO PRECIO DE VENTA AL PUBLICO SEA SUPERIOR A \$ 650 DEBERAN CONTAR CON AUTORIZACION PREVIA DEL MEDICO AUDITOR.</p>
	O.S	Afiliado																
Ambulatorio	40%/50%/70%	resto																
PMI	100%	----																
AMS 10.....	40%.....	resto																
AMS 20	} 50%.....	resto																
AMS 30																		
AMS 40																		

OBSERVACIONES:

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

- Nombre y Apellido del paciente.
- Nº 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.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.

1 Los recetarios oficiales indicarán el porcentaje de cobertura a reconocer

2-El resto ver cuadro

PLAN	TIPO DE RECETARIO		DESCUENTO
	BAHIA BLANCA	RESTO PROV BS AS	
AMS 10	RECETARIO OFICIAL AMSTERDAM	R/P	40%
AMS 20	RECETARIO OFICIAL AMSTERDAM	R/P	50%
AMS 30	R/P	R/P	50%
AMS 40	R/P	R/P	50%
URGARA 10	RECETARIO OFICIAL AMSTERDAM	R/P	40%
URGARA 20	RECETARIO OFICIAL AMSTERDAM	R/P	50%
URGARA 40	R/P	R/P	50%

AMSTERDAM Salud

Anexo I Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, Acción Farmacológica:

Abrasivo de Limpieza	Hidratante dérmico
Aceite para masajes musculares	Hidratante Nutriente dérmico
Acelerador de bronceado	Hidratante Protector piel seca
Adhesivo protesis dentales	Hidratante Protector solar
Afirmante Antiflacidez	Higiene de la piel
Antiactinico	Higiene de párpados
Antialopécico	Higiene facial
Antiarrugas	Higiene femenina
Anticaspa	Higiene personal
Anticaspa Antiseborreico	Higiene vaginal
Anticelulítico	Hipoalergénico
Anticelulítico antinodulos	Humect.facial c/prot.solar
Anticelulítico reductor	Humectante
Antioxidante Exfoliativo	Humectante Astringente
Antioxidante Fotoprotector	Humectante de párpados
Antioxidante Protector dérmico	Humectante vaginal
Antioxidante Reconstituyente	Inhibidor fotoenvejecimiento
Antiplaca Antisarro	Limpiador p/piel acneica
Antiplaca Antisarro Refresc.	Limpieza capilar
Antisarro Anticaries	Limpieza de prótesis dentales
Antiséptico bucal	Maquillajes Cosméticos
Antitranspirante	Mejorador calidad de la piel
Aromoterapia	Nutriente dérmico
Balsamo labial preventivo	Nutriente Restaurador
Blanqueador dental	Pantalla solar
Blanqueador dental	Para dejar de morderse las uñas
Bronceador	prevencion de la reinf de piojos
Combate 7 signos envej.facial	Productos homeopáticos
Compensador hidrolipidico cap.	Productos odontológicos
Control Envejecimiento Cutáneo	Protector dérmico
Corrector signos envejecimiento	Protector labial
Crema dental	Protector rayos U.V.
Crema dental Antisarro	protector solar
Crema dental p/dien.sensibles	Queratolítico/Tópico p/verrugas
Crema dental p/encías irritadas	Reafirmante modelador
Crema dental p/fumadores	Reconstituyente dérmico
Crema ungeal	Reductor
Dermatocosméticos	Reductor
Dermatologico	Reductor y reafirmante corporal
Dermoaclarante	(Cremas/Geles/Pomadas/Ungüentos,
Desensib. Antisarro Anticaries	Emulsiones/Leches de Limpieza)
Desensibilizante Antiséptica	Refrescante de la piel
Desodorante	regenerador capilar
Desodorante pedico	Removedor de callos
Emoliente	Revelador de placa bacteriana
Enjuague bucal Antiplaca	Revitalizador Humectante
Enjuague bucal Antisarro	Sistema de hidratación facial
Epitelizante Regenerador	Solución bucal
Estimulador cutaneo	Suavizante p/manos y cuerpo
Evita el contagio de piojos	Tópico gingival
Exfoliante	Trat.de estrías
Exfoliante corporal	Trat.hipersensibilidad dental
Filtro solar	Trat.llagas/aftas
Hidratante	Trat.p/pieles intolerantes
Hidratante autobronceante	Trat.regenerador corrector

Anexo I Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, por droga:

Producto Cosmético

Anexo I. Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, por forma farmacéutica:

Bronceador	leches enteras/desc
Cosméticos	Shampoo/Jabón Líquido
Cremas dentales	Jabón
	Leches maternizadas

Anexo I. Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, por Tipo de Venta = 1 (Venta Libre).



AMS



URGARA