



JERÁRQUICOS SALUD

octubre 2017

Nombre Completo: ASOCIACIÓN MUTUAL DEL PERSONAL
JERARQUICO DE BANCOS OFICIALES NACIONALES
Cód. de O.S.: 00848 – CUIT 30-68695518-0
Dirección: Avda. Facundo Subiría 4584 – Santa Fe.

DESCUENTO	OS	Afiliado
PLANES CON COBERTURA 40% (1)	40%	60%
PLANES CON COBERTURA 60% (2)	60%	40%
PLAN MATERNO INFANTIL (3)	100%	---
PLAN AUTORIZADOS (4)	100%	---

TIPO DE RECETARIO:

Particular: SI (5)
Oficial: SI (5)

VALIDEZ DE LA RECETA: 15 días corridos

TROQUELADO: SI completo con código de barras.

FECHA DE EXPENDIO: Sí, sólo en caso de que no figure en la copia del ticket o presupuesto o comprobante de validación.

ACLARACIÓN FIRMA MEDICO Y N° MATRICULA:

Con sello: SI Manuscrito: NO (solo si es ilegible el sello)

ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:

Letras: SI Números: SI

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el Médico: SI
Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI

DEL RESUMEN:

Planilla: Carátula On Line.
Cantidad: Una (1)
Presentación: Mensual (120 días corridos de plazo).
Facturación: se deben presentar todas las recetas juntas en una sola carátula.

COBERTURA DEL SERVICIO: Para toda la Provincia de Buenos Aires.

CRENCIALES VIGENTES: Virtual o física (8)

DE LA PRESCRIPCIÓN:

Cantidad Máxima de:

PRODUCTOS POR RECETA: hasta 3 (tres) medicamentos por receta, a excepción del Plan Autorizados donde el profesional puede prescribir más de 3 (tres) medicamentos y envases con autorización previa de la O.S.

UNIDADES POR RENGLON: 1 (un) envase.

TAMAÑOS POR RECETA: para todos los planes lo prescripto por el medico

ANTIBIÓTICOS INYECTABLES:

Monodosis lo prescripto por el medico
Multidosis lo prescripto por el medico

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:

PLANES MEDICO INTEGRAL, PMI-2000, PMI-2886, PMI 3000, PMI, PMI Jubilados, PMI Jubilados 2000, PMI Jubilados 3000, PMI Monotributista Soltero, PMI Monotributista, PMI 2000 Monotributista, PMI SOLTERO, PMI 2886 SOLTERO, PMI 2886/2000 y PMI 2886/3000: **Se reconocerán todos los medicamentos prescriptos por nombre genérico, de venta bajo receta y con troquel, que figuren en Manual Farmacéutico, con las siguientes exclusiones según clasificación Manual Farmacéutico por Acción Farmacológica:**

- Anorexígenos
- Anticonceptivos solo según Forma Farmacéutica:
 - 1-Preservativos.
 - 2-Parches transdérmicos
 - 3-Dispositivos especiales/aplicadores/intrauterinos.
- Bioenergizante
- Complemento Dietarios
- Dermatocosméticos
- Disp. Intrauterino-preservativo
- Emoliente
- Energizante psicofísico
- Hipoglucemiante oral / Hipoglucemiante: **EXCEPTO DROGA SEGÚN CLASIFICACION MANUAL FARMACEUTICO: METFORMINA**
- Inductor Ovulación
- Nutriente Dérmico
- Orexígeno
- Polivitamínico
- Polivitamínico Polimineral
- Prev.enf.resp.por VSR en niños
- Productos Homeopáticos
- Reconstituyente dérmico
- Reconstituyente Gral.
- Suplemento Dietario
- Trat. de la cesación tabáquica

- Trat. de la disfunción eréctil
- Trat. de la Obesidad
- Trat. disfunción sexual masc.
- Vac. contra virus Papiloma Humano
- Vacuna contra el herpes Zoster
- Vacuna Antigripal y Vacuna Antigripal Trivalente: en socios mayores de 65 años que se podrá expender sin autorización previa, con cobertura del 100%.

Exclusiones según clasificación Manual Farmacéutico por droga:

- Antígeno hepatitis a
- Antígenos virus influenza+A/H1N1
- Antígenos virus influenza
- Dispositivo para aplic. de insulina
- Insulina aspartato, Insulina degludec, Insulina detemir, Insulina glargina, Insulina glulisina, Insulina humana, Insulina lispro.
- Polisacáridos de neumococos
- Polisacáridos de S.pneumoniae
- Polisac.meningocóc.A-C-Y-W135
- Sildenafil
- Tiras reactivas
- Toxoide tetánico+diftérico
- Toxoide tetán.+diftér.+pertusis
- Vac.antimeningocócica ACYW-135
- Vacuna antipoliomielítica trival
- Vacuna antituberculosa
- Vardenafil
- Virus atenuados fiebre amarilla
- Virus atenuados varicela
- Virus saram.+parotiditis+rubeola

Exclusiones según clasificación Manual Farmacéutico por forma farmacéutica:

- Leches maternizadas
- Leches medicamentosas
- lancetas / agujas

Exclusiones según clasificación por Tipo de Venta:

- Venta libre

Inclusiones Especiales:

Inclusiones según clasificación Manual Farmacéutico por Droga:

- Metformina

(3) PLAN MATERNO INFANTIL:

MADRE: Se reconocerán con el 100% de cobertura y sin autorización previa, las drogas - formas farmacéuticas y registros que se detallan en las Observaciones (6), por considerarse de uso frecuente en el **embarazo, parto y puerperio**, por lo que la socia, en estos casos, **sólo** deberá presentar el carnet de cobertura del Programa materno Infantil – Plan de cobertura madre, receta médica, credencial de Jerárquicos y DNI.

Cremas para la mamá: la socia dispondrá de un voucher válido para todo el embarazo en el que figurará preimpreso el nombre comercial de la misma.

Importante: Para el resto de los medicamentos, salvo las clasificaciones excluidas, la cobertura será la prevista en el Plan (40% para PMI, PMI 2886, PMI SOLTERO, PMI 2886 SOLTERO, PMI MONOTRIBUTISTA SOLTERO, PMI MONOTRIBUTISTA y 60% para PMI 2000, PMI 3000, PMI 2886/2000, PMI 2886/3000, PMI 2000 MONOTRIBUTISTA).

NIÑO MENOR A UN AÑO: Se reconocerán con el 100% de cobertura y sin autorización previa, las acciones farmacológicas - drogas - formas fcas. y registros que se detallan en las Observaciones (7), por considerarse de uso frecuente en **niños menores de un año**, para su dispensa **sólo** se deberá presentar el carnet de cobertura del Programa Materno Infantil – Plan de cobertura niño menor de un año, receta médica, credencial de Jerárquicos y DNI.

Cremas para el cuidado de la piel del bebé: cada socio dispondrá de ocho recetas en los que figurará preimpreso el nombre comercial de la misma, para ser utilizados dos por trimestre de acuerdo a la edad del bebé y a la acción terapéutica que corresponda.

Importante: Para el resto de los medicamentos, salvo las clasificaciones excluidas, la cobertura será la prevista en el Plan (40% para PMI, PMI 2886, PMI SOLTERO, PMI 2886 SOLTERO, PMI MONOTRIBUTISTA SOLTERO, PMI MONOTRIBUTISTA y 60% para PMI 2000, PMI 3000, PMI 2886/2000, PMI 2886/3000, PMI 2000 MONOTRIBUTISTA).

Vacunas: fuera del calendario de vacunación, sin autorización previa y con la cobertura habitual del Plan (40% para PMI, PMI 2886, PMI SOLTERO, PMI 2886 SOLTERO, PMI MONOTRIBUTISTA SOLTERO, PMI MONOTRIBUTISTA y 60% para PMI 2000, PMI 3000, PMI 2886/2000, PMI 2886/3000, PMI 2000 MONOTRIBUTISTA).

VACUNA ANTIGRI PAL: se les reconocerá a mayores de 65 años el 100 %, debiendo solicitarles la correspondiente presentación de DNI para certificar su edad.

(4) PLAN AUTORIZADOS: en este plan, Jerárquicos podrá autorizar todo expendio que se contraponga con la presente norma (Ej. Mayores cantidades, medicamentos excluidos, mayores coberturas, etc.).

Para la facturación, deberá remitirse la receta original y la autorización (formulario denominado "Expediente de Autorización de Medicamentos").

Estas recetas deben ser prescriptas y autorizadas por separado del resto de las prescripciones.

Observaciones:

Ver al dorso.

ANEXO INFORMACION N° 43/17– S.U.

Dorso de:
COS SALUD

OCTUBRE 2017 JERÁRQUI-

(1)-PLANES CON COBERTURA 40%: PLAN MEDICO INTEGRAL, PLAN MEDICO INTEGRAL 2886, PLAN MEDICO INTEGRAL JUBILADOS, PLAN MEDICO INTEGRAL SOLTERO, PLAN MEDICO INTEGRAL 2886 SOLTERO, PLAN MEDICO INTEGRAL MONOTRIBUTISTA SOLTERO, PLAN MEDICO INTEGRAL MONOTRIBUTISTA.

(2)-PLANES CON COBERTURA 60%: PLAN MEDICO INTEGRAL 2000, PLAN MEDICO INTEGRAL 3000, PLAN MEDICO INTEGRAL JUBILADOS 2000, PLAN MEDICO INTEGRAL JUBILADOS 3000, PLAN MEDICO INTEGRAL 2886/2000, PLAN MEDICO INTEGRAL 2886/3000, PLAN MEDICO INTEGRAL 2000 MONOTRIBUTISTA.

- Ninguno actúa como Coseguro.

(5) Recetarios vigentes:

Recetario oficial: de 3 renglones, fondo blanco impreso en azul.

Recetario particular: se aceptará cualquier formato de prescripción médica/recetario que cumplan con los datos requeridos (nombre y apellido, N° de socio, medicamento genérico, forma farmacéutica, dosis/unidad, concentración, fecha, firma, sello del profesional y diagnóstico).

EL AFILIADO DEBERÁ EXHIBIR:

Receta particular o membretada de Jerárquicos.

Credencial física o virtual, o Certificado provisorio con identificación de: los datos del socio a quien se le recetó la medicación, del Plan y vigencia de la misma (fecha de activación y vencimiento).

Autorización (en caso que corresponda)

IMPORTANTE: Para proceder a la facturación la Farmacia deberá presentar:

- Carátula de lote por el total de la facturación presentada.
- Receta completa con nombre y apellido del socio, N° de socio, medicamento genérico, forma farmacéutica, dosis/unidad, concentración, fecha, firma, sello del profesional y diagnóstico (**su falta es motivo de débito**).
- Autorización digitalizada para los medicamentos con coberturas especiales (Autorizados).
- Adjuntar presupuesto o comprobante de validación donde consten los precios unitarios y totales, caso contrario la receta deberá ser valorizada, aclarando que la firma del afiliado solo debe figurar en la receta y no en el presupuesto o comprobante de validación antes mencionados.
- La conformidad del socio debe registrarse sólo en la receta, con la firma del mismo y aclaración.

Como proceder en la refacturación:

-La Farmacia deberá adjuntar la planilla por el cual se generó dicho débito.

- Si la receta fuera devuelta por encontrarse **sin diagnóstico**, se devolverá la receta para ser refacturada UNICAMENTE cuando el médico prescriptor la complete, avalada con su firma, sello y fecha, de no contar la refactuación con dichos requisitos, la receta le será debida sin posibilidad de refacturar.

- Si el débito se produjo por **error /diferencia en el precio del medicamento vendido**, se abonará el importe que correspondía a la fecha de venta, siendo debitado el importe excedente.

- Si **falta troquel**: En este motivo de débito, se devuelve la receta junto a la documentación de la misma a los efectos de que se le adjunte el troquel faltante.

- Si **falta firma del socio**: La conformidad del socio debe registrarse sólo en la receta con la firma del mismo y aclaración. Las recetas que no cuenten con dicha conformidad se devolverá sin posibilidad de refacturación.

- Las recetas que **no cuenten con fecha de prescripción**, la misma este en forma parcial o enmendada sin la salvedad del profesional se debitarán sin posibilidad de refacturar. (*)

- Las recetas que fueron devueltas por contar con el **plazo vencido** (más de 15 días entre la fecha de prescripción y la de efectuada la venta) no pueden ser refacturadas. (*)

- Las recetas debitadas por "Falta sello y firma del médico prescriptor", no serán refacturables (*); al igual que aquellas que fueron debitadas por "Venta de medicación excluida de la cobertura".

- Receta no salvada: la presencia en la receta de enmiendas, tachaduras o raspaduras, que no se encuentren debidamente salvadas por el profesional prescriptor, invalidará la misma para su reconocimiento como tal. (*)

(*) Se aclara que en los motivos de débito antes mencionados, el Colegio podrá gestionar su revisión una vez salvado el error, quedando a consideración de la O.S..

(6) PLAN MATERNO INFANTIL – COBERTURA MADRE – RECONOCIMIENTO 100% SIN AUTORIZACION:

Drogas según clasificación Manual Farmacéutico:

progesterona
cefalexina
hidroxiprogesterona
isoxuprina
metoclopramida

Drogas y formas farmacéuticas según clasificación Manual Farmacéutico:

Droga	Forma Fca.
aluminio,hydr.+magnesio,hydr.	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
aluminio,óxido	Comprimidos/Pastillas/Tabletas/Grageas
betametasona	Ampollas/Frascos-Ampolla/Liofilizados/Soluc.Parent
betametasona	Jeringa prellenada
dexametasona	Ampollas/Frascos-Ampolla/Liofilizados/Soluc.Parent
Doxilamina succinato + asoc	Capsulas/softgels
Inmunoglobulina anti-rho	Ampollas/Frascos-Ampolla/Liofilizados/Soluc.Parent
inmunoglobulina anti-rho	Jeringa prellenada
isoconazol	Cremas/Geles/Pomadas/Ungüentos
isoconazol	Ovulos/Comprimidos vaginales
lactulosa	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
metildopa	Comprimidos/Pastillas/Tabletas/Grageas
metronidazol	Cremas/Geles/Pomadas/Ungüentos
metronidazol	Ovulos/Comprimidos vaginales
metronidazol	Comprimidos/Pastillas/Tabletas/Grageas
miconazol	Cremas/Geles/Pomadas/Ungüentos
miconazol	Ovulos/Comprimidos vaginales
propinox	Cápsulas/Softgels
propinox	Gotas orales
propinox	Comprimidos/Pastillas/Tabletas/Grageas
plántago ovata+cassia angustif.	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral

Drogas y formas farmacéuticas según clasificación Manual Farmacéutico, con límite de un envase por mes de una sola de las drogas – forma farmacéutica que se detallan:

Droga	Forma Fca.
hierro,sulfato+asoc.	Cápsulas/Softgels
hierro,sulfato+asoc.	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
hierro,sulfato+asoc.	Comprimidos/Pastillas/Tabletas/Grageas

fólico,ác.	Gotas orales
fólico,ác.	Comprimidos/Pastillas/Tabletas/Grageas
hierro+vit.b12+fólico,ác.+asoc.	Cápsulas/Softgels
hierro+vit.b12+fólico,ác.+asoc.	Ampollas/Frascos-Ampolla/Liofilizados/Soluc.Parent
hierro+vit.b12+fólico,ác.+asoc.	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
hierro+vit.b12+fólico,ác.+asoc.	Comprimidos/Pastillas/Tabletas/Grageas
hierro+fólico,ác.	Cápsulas/Softgels
hierro+fólico,ác.	Comprimidos/Pastillas/Tabletas/Grageas
hierro,sulfato	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
hierro,sulfato	Gotas orales
hierro,sulfato	Comprimidos/Pastillas/Tabletas/Grageas
hierro,polimaltosato	Ampollas/Frascos-Ampolla/Liofilizados/Soluc.Parent
hierro,polimaltosato	Gotas orales
hierro,polimaltosato	Comprimidos/Pastillas/Tabletas/Grageas
fólico,ác.+vit.b	Comprimidos/Pastillas/Tabletas/Grageas
hierro+fólico,ác.+asoc.	Comprimidos/Pastillas/Tabletas/Grageas
hierro,polimaltosato+fólico,ác.	Comprimidos/Pastillas/Tabletas/Grageas
fólico,ác.+asoc.	Cápsulas/Softgels
fólico,ác.+asoc.	Comprimidos/Pastillas/Tabletas/Grageas
hierro+vit.b12+fólico,ác.	Cápsulas/Softgels
hierro+vit.b12+fólico,ác.	Ampollas/Frascos-Ampolla/Liofilizados/Soluc.Parent
hierro+vit.b12+fólico,ác.	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
hierro+vit.b12+fólico,ác.	Comprimidos/Pastillas/Tabletas/Grageas
myo-inositol+fólico,ác.	Granulados

Drogas y formas farmacéuticas según clasificación Manual Farmacéutico, con límite de un envase por mes de una sola de las drogas – forma farmacéutica que se detallan:

Droga	Forma Fca.
vit.b.complejo+asoc.	Ampollas/Frascos-Ampolla/Liofilizados/Soluc.Parent
vit.b.complejo+asoc.	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
vit.b.complejo+asoc.	Comprimidos/Pastillas/Tabletas/Grageas
vit.b.complejo	Cápsulas/Softgels
vit.b.complejo	Ampollas/Frascos-Ampolla/Liofilizados/Soluc.Parent
vit.b.complejo	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
vit.b.complejo	Comprimidos/Pastillas/Tabletas/Grageas
vit.b.complejo+vit.c	Comprimidos/Pastillas/Tabletas/Grageas

Registro según clasificación Manual Farmacéutico, con límites de envases según se indica en voucher de cremas:

-Nº 21870 (Dermaglós emulsión x 400 ml.)

-Nº 264 (Dermaglós emulsión x 200 ml.)

Para acceder a la misma, la socia deberá presentarse en la Farmacia con el voucher de cremas. Válido para el tratamiento de la piel durante todo el embarazo.

(7) PLAN MATERNO INFANTIL –COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO – RECONOCIMIENTO 100% SIN AUTORIZACION:

Clasificación según Manual Farmacéutico:

Acción Farmacológica	Droga	Forma Fca.
Antibiótico	azitromicina	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antibiótico	amoxicilina	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antibiótico	amoxicilina+clavulánico,ác.	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antibiótico	amoxicilina+sulbactam	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antibiótico	cefalexina	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antibiótico	claritromicina	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antibiótico	sulfametoxazol+trimetoprima	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antibiótico	amoxicilina+ác.clavulánico+asoc.	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antimicótico	ketoconazol	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antimicótico	nistatina	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Analgésico	dipirona	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Analgésico	dipirona	Gotas orales
Analgésico	ibuprofeno	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Analgésico	paracetamol	Gotas orales
Antiflatulento	simeticona	Gotas orales
Antianémico	hierro,sulfato+asoc.	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antianémico	fólico,ác.	Gotas orales
Antianémico	hierro+vit.b12+fólico,ác.+asoc.	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antianémico	hierro,succinato	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antianémico	hierro,sulfato	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antianémico	hierro,sulfato	Gotas orales
Antianémico	hierro,polimaltosato	Gotas orales
Antianémico	hierro+vit.b12+fólico,ác.	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antiasmático	fluticasona	Sprays/Aerosoles/Soluciones para nebulizar
Antiasmático	fluticasona	Sprays/Aerosoles/Soluc.p/nebulizar CON APLICADOR
Antiasmático	budesonide	Sprays/Aerosoles/Soluciones para nebulizar
Antiasmático	budesonide	Sprays/Aerosoles/Soluc.p/nebulizar CON AEROCAMARA
Antiasmático	salbutamol	Sprays/Aerosoles/Soluciones para nebulizar
Antiasmático	fluticasona+salmeterol	Sprays/Aerosoles/Soluciones para nebulizar
Antidiarreico	saccharomyces boulardii	Cápsulas/Softgels
Antidiarreico	saccharomyces boulardii	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antidiarreico	bismuto,hidróxido+pectina	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antiemético	domperidona	Gotas orales
Antiemético	domperidona+simeticona	Gotas orales
Antiemético	metoclopramida	Ampollas/Frascos-Ampolla/Liofilizados/Soluc.Parent
Antiemético	metoclopramida	Gotas orales
Antiespasmódico	homatropina,metilbr.	Gotas orales
Antihistamínico	difenhidramina	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antiparasitario	nitazoxanida	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antiparasitario	mebendazol	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antitusivo Expectorante	hedera hélix	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antiulceroso	ranitidina	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Corticosteroide	betametasona	Gotas orales
Mucolítico	hedera hélix	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Reconstituyente flora intest.	bacillus clausii,esporas	Ampollas bebibles
Rehidratante oral	sodio,cloruro+asoc.	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Broncodilatador	fenoterol	Sprays/Aerosoles/Soluciones para nebulizar
Broncodilatador	fenoterol	Sprays/Aerosoles/Soluc.p/nebulizar CON APLICADOR
Broncodilatador	ipratropio,bromuro	Sprays/Aerosoles/Soluciones para nebulizar
Broncodilatador	ipratropio,bromuro	Sprays/Aerosoles/Soluc.p/nebulizar CON APLICADOR
Broncodilatador	salbutamol	Sprays/Aerosoles/Soluciones para nebulizar
Broncodilatador	salbutamol	Sprays/Aerosoles/Soluc.p/nebulizar CON AEROCAMARA
Broncodilatador	salbutamol	Sprays/Aerosoles/Soluc.p/nebulizar CON APLICADOR
Antitusivo	hedera hélix	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antialérgico Antiinflamatorio	beclometasona	Sprays/Aerosoles/Soluciones para nebulizar
Antihelmíntico	mebendazol	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral

Regulador intestinal	lactulosa	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Analgésico Antiinflam.	Ibuprofeno	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Analgésico Antiinflam.	Ibuprofeno	Gotas orales
Analgésico Antifebril	dipirona	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Analgésico Antifebril	ibuprofeno	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Analgésico Antifebril	paracetamol	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Analgésico Antifebril	paracetamol	Gotas orales
Expectorante Mucolítico	hedera hélix	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Antibiótico oftálmico	ciprofloxacina	Gotas oftálmicas/Colirios
Antibiótico oftálmico	eritromicina	Cremas/Geles/Pomadas/Ungüentos
Antibiótico oftálmico	tobramicina	Gotas oftálmicas/Colirios
Antibiótico oftálmico	tobramicina	Geles oftálmicos
Antibiótico oftálmico	ciprofloxacina+dexametasona	Gotas oftálmicas/Colirios
Antibiótico oftálmico	eritromicina+colistimetato	Gotas oftálmicas/Colirios
Antitusivo Mucolítico	hedera hélix	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral
Analgésico Antiespasmódico	homatropina,metilbr.+asoc.	Gotas orales
Antiespasmódico Antiflatulento	homatropina,metilbr.+simeticona	Gotas orales
Antibiótico Corticosteroide	fusídico,ác.+betametasona	Cremas/Geles/Pomadas/Ungüentos
Antibiótico tópico	fusídico,ác.+hidrocortisona	Cremas/Geles/Pomadas/Ungüentos
Antibiótico tópico	mupirocina	Cremas/Geles/Pomadas/Ungüentos
Antibiótico tópico	fusídico,ác.	Cremas/Geles/Pomadas/Ungüentos
Antibiótico tópico	rifamicina	Solución de uso externo/Loción
Antibiótico tópico	mupirocina+hidrocortisona	Cremas/Geles/Pomadas/Ungüentos
Fluidificante de las vías aéreas	sodio,cloruro	Sprays/Aerosoles/Soluciones para nebulizar
Fluidificante de las vías aéreas	sodio,cloruro	Gotas/Aerosoles nasales
Analgésico Antiinfl.Antifebril	ibuprofeno	Jarabe/Suspensión oral/Polvo para uso oral

Según clasificación Manual Farmacéutico, por registro, con límites de envases según se indica en voucher de crema:

- N° 47048 (Deralbine pomada x 30 g.)
- N° 4758 (Hipoglós pomada x 100 g.)
- N° 10207 (Hipoglós cicatrizante polvo x 40 g.)
- N° 299 (Macril x 20 g.)
- N° 39216 (Factor AE crema x 100 g.)

La dispensa se realizará presentando el Recetario obligatorio correspondiente y la Credencial de Jerárquicos y el Carnet del Programa Materno Infantil y DNI.

Carnet de cobertura Madre

ANVERSO



PROGRAMA MATERNO INFANTIL
Otra Social Jerárquicos: OSTSAMPIBON / R.N.O.S.0-0320-7
Mutual Jerárquicos: AMPIBON / R.N.E.M.F. N° 3-1014-9

PLAN DE COBERTURA MADRE
Carnet de cobertura

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ N° de Socia: _____

Vigencia de cobertura: Desde: _____ Hasta: _____

La continuidad de esta modalidad que ofrece su Mutual requiere del uso racional de los medicamentos incluidos en el listado de drogas.
para facilitar su prescripción de medicamentos del listado.
• Concurra a su médico con la Modalidad Operativa del Programa
tos, su Credencial JS y su DNI, para acceder a la cobertura del 100%.
• Este carnet debe ser presentado junto a la Receta de medicamen-

REVERSO

Carnet de Cobertura Niño menor de un año

ANVERSO



PROGRAMA MATERNO INFANTIL
Otra Social Jerárquicos: OSTSAMPIBON / R.N.O.S.0-0320-7
Mutual Jerárquicos: AMPIBON / R.N.E.M.F. N° 3-1014-9

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR DE UN AÑO
Carnet de cobertura

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____ N° de Socio: _____

Vigencia de cobertura: Desde: _____ Hasta: _____

La continuidad de esta modalidad que ofrece su Mutual requiere del uso racional de los medicamentos incluidos en el listado de drogas.
para facilitar su prescripción de medicamentos del listado.
• Concurra a su médico con la Modalidad Operativa del Programa
tos, su Credencial JS y su DNI, para acceder a la cobertura del 100%.
• Este carnet debe ser presentado junto a la Receta de medicamen-

REVERSO

(8) ESPECIFICACIONES SOBRE LA CREDENCIAL:

El socio podrá optar por acceder a la prestación o atención, con la credencial física o la credencial virtual, teniendo ambas la misma validez.

a) **Credencial física:** Credencial habilitante que lo identifique como tal.

MODELO DE CREDENCIAL FISICA



b) **Credencial virtual:** dicha Credencial se encuentra disponible en la aplicación para socios **Jerárquicos Móvil**, la cual contiene la misma información actualmente suministrada en la credencial física.

MODELO DE CREDENCIAL VIRTUAL



Referencias:

- 01. QR con datos de la banda magnética
- 02. Foto de Perfil (elegida por el Socio)
- 03. Logo Animado de Jerárquicos
- 04. Datos de la Credencial

IMPORTANTE: EL LOGO ANIMADO (EN MOVIMIENTO) DE LA CREDENCIAL ACREDITA QUE LA MISMA NO SE TRATA DE UNA FOTO TOMADA.

Tocando la credencial virtual, la misma girará, presentando la misma información hoy disponible al dorso de la credencial física:



Si el socio tiene activo el **Programa Materno Infantil**, ya sea con el plan de cobertura para la **Madre** o para el **Niño**, se visualizará dicha condición en la credencial virtual, como se muestra a continuación:



ESPECIFICACIONES SOBRE EL CERTIFICADO PROVISORIO

El **certificado provisorio** debe ser presentado ante la circunstancia de credencial en trámite o eventual ausencia de la misma. El mismo se emite desde la Administración de Jerárquicos, pudiendo también el Socio imprimirlo ingresando al sitio de autogestión de la página web. (Válido para Credencial Física)

MODELO DE CERTIFICADO PROVISORIO

CERTIFICADO PROVISORIO

Fecha de emisión:	18/09/2015
Apellido y nombre:	ECHEVETTI, AUGUSTO DANIEL
Número de socio:	96505 - 00
DNI:	32327035
Servicio de salud:	PMI 2000
Inicio de cobertura:	01/09/2012
Validez del certificado:	18/10/2015

Sr. Prestador:

- El poseedor del presente certificado provisorio tiene su credencial en trámite.
- El certificado tendrá validez únicamente cuando el socio presente el documento que acredite su identidad.

MODELO DE RECETARIO

JS JERÁRQUICOS **Recetario de Medicamentos**

TROQUEL <i>Rp1</i>	TROQUEL <i>Rp2</i>	TROQUEL <i>Rp3</i>	N° 00000000
SOCIO N° / APELLIDO Y NOMBRE 01		EDAD	SEXO M F
GENÉRICO / FORMA FARMACÉUTICA / CONCENTRACIÓN	PRESENTACIÓN / ENVASE	DOSIS DIARIA	IMPORTE
02			
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO (CAMPO OBLIGATORIO)	TOTAL		
03	A CARGO DEL SOCIO		
	A CARGO DE LA OBRA SOCIAL		
Este recetario vence a los 15 días de prescripción			
LOCALIDAD 04	FIRMA DEL SOCIO 06	DNI	
FECHA	SELO Y FIRMA DEL PROFESIONAL 05	ACLARACIÓN	FECHA

VÉA INFORMACIÓN IMPORTANTE AL DORSO
Rev. 04 - Julio 2015

MODELO DE EXPEDIENTE DE AUTORIZACION DE MEDICAMENTOS

Respuesta a:

Expediente de Autorización de Medicamentos N°: 6318359



Socio: Plan: PMI 3000 Edad: 2 Años y 3 Meses
 Localidad: Prescripción: 01/06/2017 Carga: 12/06/2017

Cant.	Código	Descripción	Resolución	% Cobertura	Observaciones
4	M48144	PROTEINAS+GRASAS+CARBOHID.+ASOC. NUTRILON PEPTI JUNIOR HE - Pres: lata x 400 g	Autorizado	100,00	

DEPARTAMENTO AUDITORIA MÉDICA

Para completar por el Socio:
 Fecha de entrega: N° de documento: Firma en conformidad:

Sr. Profesional o Establecimiento: Para facturar, remitir a JERÁRQUICOS el presente formulario con la receta de práctica original y los troques correspondientes.

AVISO IMPORTANTE
A los Sres. Afiliados y Profesionales Médicos:

Con el afán de optimizar nuestras prestaciones médicas y mejorar el servicio, es fundamental contar con la colaboración de Uds. En referencia a la confección de las órdenes médicas, las mismas deberán contar con los siguientes datos con letra legible:

- Apellido y Nombre y del socio
- Número de socio
- Diagnóstico referido a la patología

Nota: Le recordamos que los medicamentos autorizados al 100%, son los que figuran en la presente autorización con dicho porcentaje. En caso de tener que cambiarlos por un genérico, consultar previamente con la Obra Social.

Ud. puede realizar el seguimiento de sus expedientes de autorización registrándose en nuestra web: www.jerarquicos.com

Fecha: 13/06/2017 Hora: 10:54:04

E-Mail: farmacia@jerarquicos.com - TE: 0342-4504852 - 0800-5551040

El Prestador que recibe de un asociado de Jerárquicos el "Expediente de Autorización de Medicamentos", debe exigir al mismo tiempo la respectiva "Prescripción Médica Original", y verificar la concordancia de los datos estipulados en ambos documentos (Fecha de Prescripción Médica; Medicamentos autorizados), a los fines de evitar confusiones e inconvenientes al momento de facturar la prestación realizada.

En los medicamentos autorizados (100%), debe respetarse el nombre comercial que figura en el "Expediente de Autorización de Medicamentos" emitido a requerimiento del Socio. Podrá sustituirse por un genérico de menor valor. En caso de tener que sustituirlo/s por un genérico de mayor valor, se deberá consultar previamente a la Obra Social.

Si la farmacia procede a la dispensa de un medicamento de importe superior al autorizado por Jerárquicos, sin el consentimiento de la Auditoría, se abonará el importe del medicamento que figure en la Autorización. **Se aclara que se está gestionando con la Obra Social la adecuación del Expediente de Autorización de Medicamentos a las normas provinciales.**

El formulario que se detalla a continuación, no debiera llegar a la Farmacia, ya que puede observarse en el ítem "Resolución" que el medicamento no requiere autorización.

Respu

Expediente de Autorización de Medicamentos N°: 6298933



Socio: Plan: PMI Edad: 1 Años y 9 Meses
 Localidad: Prescripción: 29/05/2017 Carga: 01/06/2017

Cant.	Código	Descripción	Resolución	% Cobertura	Observaciones
1	M48950	POLISAC.MENINGOC&C.A-C-Y-W135 MENACTRA - Pres: vial monodosis x 1	No requiere autorización	40,00	

DEPARTAMENTO AUDITORIA MÉDICA

Para completar por el Socio:
 Fecha de entrega: N° de documento: Firma en conformidad:

Sr. Profesional o Establecimiento: Para facturar, remitir a JERÁRQUICOS el presente formulario con la receta de práctica original y los troques correspondientes.

AVISO IMPORTANTE
A los Sres. Afiliados y Profesionales Médicos:

Con el afán de optimizar nuestras prestaciones médicas y mejorar el servicio, es fundamental contar con la colaboración de Uds. En referencia a la confección de las órdenes médicas, las mismas deberán contar con los siguientes datos con letra legible:

- Apellido y Nombre y del socio
- Número de socio
- Diagnóstico referido a la patología

Nota: Le recordamos que los medicamentos autorizados al 100%, son los que figuran en la presente autorización con dicho porcentaje. En caso de tener que cambiarlos por un genérico, consultar previamente con la Obra Social.

Ud. puede realizar el seguimiento de sus expedientes de autorización registrándose en nuestra web: www.jerarquicos.com

Fecha: 01/06/2017 Hora: 11:41:48

E-Mail: farmacia@jerarquicos.com - TE: 0342-4504852 - 0800-5551040

Voucher de cremas para el cuidado de la piel de la mamá.

Este **voucher** es válido para el tratamiento de la piel durante todo el embarazo. **No requiere Prescripción Médica.** Para acceder a la misma, la Socia deberá presentarse en la farmacia con el voucher de cremas (ver imagen a continuación), el cual deberá estar completado por médico tratante.



PROGRAMA MATERNO INFANTIL
Obras Sociales Jerárquicos - OSTSAMIPRON / S.N. 0.10.0320.1
Mutual Jerárquicos - AMPROSA / S.N. 0.10.0320.1

PLAN DE COBERTURA MADRE
Voucher de Crema

DAOS DE LA MAMÁ

Apellido y Nombres:	D.N.I.:	N° de Socia:
---------------------	---------	--------------

VINCULO DE LA COBERTURA

Desde:	Hasta:
--------	--------

COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA

Estimada Socia: con el presente voucher Usted podrá acceder sin cargo a la cobertura de 600 ml de la emulsión Dermaglós. Este voucher puede ser prescripto por única vez para la adquisición de una de las opciones mencionadas dejando aclarado que en caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de su liquidación. La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra Red de Prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. **Deberá presentar en la Farmacia:** Credencial IS, DNI y Carnet del Programa Materno Infantil - Plan de Cobertura Madre.

Seleccionar sólo una de las opciones con una X

1 ENVASE DE DERMAGLÓS (emulsión x 400 ml) + 1 ENVASE DE DERMAGLÓS (emulsión x 200 ml)

3 ENVASES DE DERMAGLÓS (emulsión x 200 ml)

_____/_____/_____
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE LOCALIDAD Y FECHA Este voucher vence a los 15 días de su prescripción.

Si **Farmacéuticos:** para facturar remitir a Jerárquicos el presente formulario junto con el o los troques correspondientes.

Troquel

Troquel

Troquel

_____/_____/_____
CORPORACIÓN ADHIERA RELACIONADO D.N.I. FECHA DE ENTREGA

Av. Pdo. Zaviría 4084 - Santa Fe (2000) / 0800 333 4844 / (0342) 4304899 / info@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

ISS 1 - 1480 2015

Voucher de cremas para el cuidado de la piel del niño.

Recetarios 0-3 meses



PROGRAMA MATERNO INFANTIL
Obras Sociales Jerárquicos - OSTSAMIPRON / S.N. 0.10.0320.1
Mutual Jerárquicos - AMPROSA / S.N. 0.10.0320.1

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO **0 A 3 MESES**
Recetario obligatorio: Cremas para el tratamiento de dermatitis específicas

Estimado Socio: Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de Deralbine pomada (1 envase x 30 g), dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.

Estimado Pediatra: La provisión de este medicamento está contemplada para todo el trimestre (90 días).

DAOS DEL BEBÉ

Apellido y Nombres:	N° de Socia:
---------------------	--------------

COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra red de prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI y la Credencial IS.

DERALBINE POMADA: 1 envase x 30 g

Diagnóstico: _____

_____/_____/_____
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE LOCALIDAD Y FECHA Este recetario vence a los 15 días de su prescripción.

Si **Farmacéuticos:** Para facturar, remitir a Jerárquicos el presente formulario con el troquel correspondiente.

Troquel

_____/_____/_____
CORPORACIÓN ADHIERA RELACIONADO D.N.I. FECHA DE ENTREGA

Av. Pdo. Zaviría 4084 - Santa Fe (2000) / 0800 333 4844 / (0342) 4304899 / info@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

ISS 1 - 1480 2015

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO **0 A 3 MESES**
 Recetario obligatorio: Cremas para el cuidado preventivo de la piel

Estimado Socio: Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de Hipoglós pomada y/o Hipoglós polvo, dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.
Estimado Pediatra: Usted deberá marcar con una X la/s opción/es indicada/s. La provisión está contemplada para todo el trimestre (90 días).

DATOS DEL NIÑO

Apellido y Nombres: _____ N° de Socio: _____

COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra red de prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI y la Credencial JS.

Seleccionar la/s opción/es con una X

HIPOGLÓS POMADA: 2 envases x 100 g HIPOGLÓS CICATRIZANTE POLVO: 1 envase x 40 g

Diagnóstico: _____

_____/_____/_____
 FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE LOCALIDAD Y FECHA Este recetario vence a los 25 días de su prescripción.

Sr. Farmacéutico: Para facturar, remitir a Jerárquicos el presente formulario con el/s troquel/s correspondiente/s.

Troquel Troquel Troquel

_____/_____/_____
 CONFORME ASOCIADO ASESORACIÓN Y SELLO FECHA DE ENTREGA

Av. Félix Zuviria 4884 - Santo Fe (2000) / 0800 555 4844 / 0342 4104800 / informes@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

REV. 3 - JUNIO 2024

Recetarios 3-6 meses

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO **3 A 6 MESES**
 Recetario obligatorio: Cremas para el tratamiento de dermatitis específicas

Estimado Socio: Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de una de las opciones mencionadas, dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.
Estimado Pediatra: Usted deberá marcar con una X sólo una de las opciones indicadas. La provisión está contemplada para todo el trimestre (90 días).

DATOS DEL NIÑO

Apellido y Nombres: _____ N° de Socio: _____

COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra red de prestaciones distribuidas a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI, Credencial JS y Carnet del Programa Materno Infantil.

Seleccionar sólo una de las opciones con una X

MACREL: 1 envase x 20 g DERALBINE POMADA: 1 envase x 30 g FACTOR AE CREMA: 1 envase x 100 g

Diagnóstico: _____

_____/_____/_____
 FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE LOCALIDAD Y FECHA Este recetario vence a los 15 días de su prescripción.

Sr. Farmacéutico: Para facturar, remitir a Jerárquicos el presente formulario con el troquel correspondiente.

Troquel

_____/_____/_____
 CONFORME ASOCIADO ASESORACIÓN Y SELLO FECHA DE ENTREGA

Av. Félix Zuviria 4884 - Santo Fe (2000) / 0800 555 4844 / 0342 4104800 / informes@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

REV. 3 - JUNIO 2024

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO **3 A 6 MESES**
 Recetario obligatorio: Cremas para el cuidado preventivo de la piel

Estimado Socio: Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de HipoGlós (2 envases x 100g), dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.
Estimado Pediatra: La provisión de este medicamento está contemplada para todo el trimestre (90 días).

DATOS DEL NIÑO

Apellido y Nombres: _____ N° de Socio: _____

COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra red de prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI, Credencial JS y Carnet del Programa Materno Infantil.

HIPOGLÓS: 2 envases x 100 g

Diagnóstico: _____

_____/_____/_____
 FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE LOCALIDAD Y FECHA Este recetario vence a los 30 días de su prescripción.

Si Farmacéutico: Para facturar, remitir a Jerárquicos el presente formulario con los troques correspondientes.

Troquel _____ Troquel _____

_____/_____/_____
 CONFORME ASOCIADO DECLARACIÓN Y S.R.J. FECHA DE ENTREGA

Av. Félix Zúñiga 4884 - Santa Fe (2000) / 0800 555 4844 / (0342) 4104980 / informes@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

MOL. 3 - 10/04/2024

Recetarios 6-9 meses

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO **6 A 9 MESES**
 Recetario obligatorio: Cremas para el tratamiento de dermatitis específicas

Estimado Socio: Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de una de las opciones mencionadas, dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.
Estimado Pediatra: Usted deberá marcar con una X sólo una de las opciones indicadas. La provisión está contemplada para todo el trimestre (90 días).

DATOS DEL NIÑO

Apellido y Nombres: _____ N° de Socio: _____

COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra red de prestadores distribuidos a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI, Credencial JS y Carnet del Programa Materno Infantil.

Seleccionar sólo una de las opciones con una X

MACRL: 1 envase x 20 g DERALBINE POMADA: 1 envase x 50 g FACTOR AE CREMA: 1 envase x 100 g

Diagnóstico: _____

_____/_____/_____
 FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE LOCALIDAD Y FECHA Este recetario vence a los 30 días de su prescripción.

Si Farmacéutico: Para facturar, remitir a Jerárquicos el presente formulario con el troquel correspondiente.

Troquel _____

_____/_____/_____
 CONFORME ASOCIADO DECLARACIÓN Y S.R.J. FECHA DE ENTREGA

Av. Félix Zúñiga 4884 - Santa Fe (2000) / 0800 555 4844 / (0342) 4104980 / informes@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

MOL. 3 - 10/04/2024

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO **6 A 9 MESES**
 Recetario obligatorio: Cremas para el cuidado preventivo de la piel

Estimado Socio: Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de Hipoglós (2 envases x 100g), dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.
Estimado Pediatra: La provisión de este medicamento está contemplada para todo el trimestre (90 días).

DATOS DEL NIÑO

Apellido y Nombres: _____ N° de Socio: _____

COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra red de prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI, Credencial JS y Carnet del Programa Materno Infantil.

HIPOGLÓS: 2 envases x 100 g

Diagnóstico: _____

 FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE LOCALIDAD Y FECHA Este recetario vence los 30 días de su prescripción.

Dr. Farmacéutico: Para facturar, remitir a Jerárquicos el presente formulario con los troques correspondientes.

Troquel Troquel

 CONFORME ASOCIADO Aclaración y DNI FECHA DE ENTREGA

Av. Pdo. Zaviría 4584 - Santa Fe (2000) / 0800 555 4844 / (0342) 4104900 / informes@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

IMP. 3 - 10/07/2016

Recetarios 9-12 meses

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO **9 A 12 MESES**
 Recetario obligatorio: Cremas para el tratamiento de dermatitis específicas

Estimado Socio: Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de una de las opciones mencionadas, dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.
Estimado Pediatra: Usted deberá marcar con una X sólo una de las opciones indicadas. La provisión está contemplada para todo el trimestre (90 días).

DATOS DEL NIÑO

Apellido y Nombres: _____ N° de Socio: _____

COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra red de prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI, Credencial JS y Carnet del Programa Materno Infantil.

Seleccionar sólo una de las opciones con una X

MACRIL: 1 envase x 20 g DERALBINÉ POMADA: 1 envase x 30 g FACTOR AE CREMA: 1 envase x 100 g

Diagnóstico: _____

 FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE LOCALIDAD Y FECHA Este recetario vence a los 30 días de su prescripción.

Dr. Farmacéutico: Para facturar, remitir a Jerárquicos el presente formulario con el troquel correspondiente.

Troquel

 CONFORME ASOCIADO Aclaración y DNI FECHA DE ENTREGA

Av. Pdo. Zaviría 4584 - Santa Fe (2000) / 0800 555 4844 / (0342) 4104900 / informes@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

IMP. 3 - 10/07/2016

PLAN DE COBERTURA NIÑO MENOR A UN AÑO
Recetario obligatorio: Cremas para el cuidado preventivo de la piel

9 A 12 MESES

Estimado Socio: Esta receta puede ser prescripta por única vez para la adquisición de Hipoglós (1 envase x 100g), dejando expresamente aclarado que, en el caso de exceder el consumo, el mismo será imputado en su Cuenta Corriente al momento de la liquidación.

Estimado Pediatra: La provisión de este medicamento está contemplada para todo el trimestre (90 días).

DATOS DEL NIÑO

Apellido y Nombres:

Nº de Socio:

COMPLETAR AL MOMENTO DE LA DISPENSA

La dispensa se realizará en las farmacias adheridas a nuestra red de prestadores distribuidas a lo largo de todo el país. Esta receta deberá ser presentada en las farmacias acompañada del DNI, Credencial IS y Carnet del Programa Materno Infantil.

HIPOGLÓS: 1 envase x 100 g

Diagnóstico:

_____/_____/_____
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE **LUGAR, FECHA Y FIRMA** Este recetario vence a los 30 días de su prescripción.

Sr. Farmacéutico: Para facilitar recibir a Jerárquicos el presente formulario con el troquel correspondiente.

Troquel

_____/_____/_____
CONFORME ASOCIADO **DECLARACIÓN D.S.R.J.** **FECHA DE ENTREGA**

Ao. Pda. Zúñiga 4184 - Santa Fe (2000) / (0350) 511 4846 / (0342) 4104800 / info@jerarquicos.com / www.jerarquicos.com

MS. 7 - 10/04/2018