



Obra Social

Mayo 2010

iMEDICAL

Nombre Completo: iMEDICAL S.A.
N° CUIT: 30-70748077-3 Cód. de O.S.: 00871
Dirección: 54 N° 714 ½ e/9 y 10 – LA PLATA

DESCUENTO	O.S.	Afiliado
Plan JOVEN *	40%	60 %
Planes I y II *	50%	50%
Plan III *	60%	40%
Plan IV *	70%	30%
Osmedica Prosalud *	40%	60%
Osmedica Eco *	40%	60%
Osmedica Plus *	50%	50%
Joven VR *	40%	60%
Integral *	40%	60%
Integral (H) *	50%	50%
Silver *	50%	50%
Silver + *	50%	50%
Master *	50%	50%
Internados	NO	
Plan Materno Infantil	NO	
Otros	NO	

TIPO DE RECETARIO:

Fed. Méd.: NO Particular: NO
Oficial: SI * Otros: SI **
S.A.M.O.: SI **

VALIDEZ DE LA RECETA: 15 días

TROQUELADO: SI Completo (con N° y Cód. de barra) ***

FECHA DE EXPENDIO: SI

ACLARACIÓN FIRMA MÉDICO U ODONTÓLOGO Y N° DE MATRICULA:

Con sello: SI Manuscrito: SI

ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES:

Letras: SI Números: SI

ENMIENDAS SALVADAS:

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

DEL RESUMEN:

Planilla: On Line
Cantidad: Una
Presentación: Mensual

COBERTURA DEL SERVICIO:

Para toda la Provincia de Buenos Aires.

DE LA PRESCRIPCIÓN:

DIAGNOSTICO: SI

PRODUCTOS POR RECETA: 2 (dos)

PRODUCTOS POR RENGLÓN : 1 (uno)

Antibióticos Inyectables:

Env. indiv.: 5 Multidosis: 1

TAMAÑO POR RECETA: 1 (uno) grande o mediano por receta si se encuentra prescripto como tal

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:

● **PARA LOS PLANES: JOVEN VR e INTEGRAL:** Se reconocerán todos los medicamentos incluidos en el vademécum **iMEDICAL**, con una cobertura del 40%.

● **PARA LOS PLANES: INTEGRAL "H" y SILVER:** Se reconocerán todos los medicamentos incluidos en el vademécum **iMEDICAL AMPLIADO**, con una cobertura del 50%.

● **PARA RESTO DE LOS PLANES:** Se reconocerán todos los medicamentos **de venta bajo receta y con troquel** prescriptos por nombre genérico, que figuran con * o punto en Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, con las siguientes exclusiones, según clasificación SIFAR:

ANOVULATORIOS/ANTICONCEPTIVOS
ANTIOXIDANTES
BIOENERGIZANTES Y ENERGIZANTES (Ej.: Maratón, Fospartan, Ginseng, etc.)
CITOSTÁTICOS/ONCOLÓGICOS
COADYUVANTES EN TERAPIA ANTINEOPLÁSICA
DISFUNCIÓN SEXUAL MASCULINA O FEMENINA
EDULCORANTES
EXTRACTOS DE ORGANOS O TEJIDOS
HOMEOPATIA
HIV/SIDA
INTERNACIÓN (SEGÚN IOMA - INDICADOS CON LA LEYENDA IOMA INTER)
JABONES MEDICINALES
LOCIONES CAPILARES ****
PRODUCTOS DE VENTA LIBRE
PRODUCTOS ODONTOLÓGICOS (pastas, polvos o líquidos dentífricos, fórmulas especiales o artículos para fijar o limpiar dentaduras)
PRODUCTOS SIN TROQUEL
RECONSTITUYENTES
SUSTANCIAS ESCLEROSANTES
SUSTITUTOS DE LA SAL

MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS IMPORTADOS: son reconocidos únicamente en el Plan III y Plan IV, con sus respectivas coberturas (no se reconocen dentro del Plan Joven, Plan I, Plan II, Osmedica Prosalud, Osmedica Eco, Osmedica Plus, Silver + y Master). En los planes que se rigen por vademécum **iMEDICAL** y **iMEDICAL AMPLIADO**, los medicamentos y productos importados serán reconocidos si figuran con cobertura en los mencionados vademécums.

DIAGNÓSTICO: La falta de **diagnóstico** colocado por el profesional prescriptor es motivo de débito

OBSERVACIONES:

* Los planes estarán determinados en el carnet y en el recetario presentado por el afiliado. El Plan Joven que se rige por el vademécum de **iMEDICAL** posee recetarios en los cuales figura la leyenda "cob. 40% VR".

Recetario oficial: de color blanco, bordes celeste, letras negras, con identificación del Plan y Cobertura en el margen superior derecho del mismo.

** Recetarios con membrete de Hospital Público y del S.A.M.O., sólo serán reconocidos con autorización previa de **iMEDICAL**, en la cual constará el plan y descuento correspondiente, según el plan al que pertenece el afiliado.

*** El troquel deberá adherirse completo, incluido el código de barras.

**** Lociones capilares: serán reconocidas únicamente con autorización de la receta.