

IOMA AMBULATORIO		
1. AMBITO DE APLICACIÓN:		
<ul style="list-style-type: none"> • Prov. Bs. As. y C.A.B.A. 		
2. DESCUENTOS		
<p><i>Los descuentos se efectúan en los productos, cuya droga, forma farmacéutica y contenido por envase, figuren dentro del F.T.P de IOMA, sobre el Precio de Venta al Público (PVP) vigente al día del expendio, que figuran en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos.</i></p>		
Plan:	A cargo del afiliado:	A cargo de la entidad:
Plan Ambulatorio Agudos	Diferencia entre PVP y monto fijo	Según monto fijo
Plan Ambulatorio Crónicos	Diferencia entre PVP y monto fijo	Según monto fijo
Plan SER	0%	100% en anticonceptivos orales que figuren en listado de IOMA vigente.
Plan MAMI: cobertura de medicamentos para las afiliadas embarazadas y los bebés de hasta un año de edad.	0%	100% en recetario correspondiente
Discapacidad	Según % cobertura indicado en la autorización que deberá estar adjunta a la receta. Siempre que esté autorizado, se podrá dispensar toda prescripción que esté fuera de la presente norma (mayores cantidades, mayores coberturas, productos excluidos, etc.).	
Resoluciones de Directorio	Según % cobertura indicado en la autorización que deberá estar adjunta a la receta. Siempre que esté autorizado, se podrá dispensar toda prescripción que esté fuera de la presente norma (mayores cantidades, mayores coberturas, productos excluidos, etc.).	
Recursos de Amparos / Demandas Judiciales	Según % cobertura indicado en la autorización que deberá estar adjunta a la receta. Siempre que esté autorizado, se podrá dispensar toda prescripción que esté fuera de la presente norma (mayores cantidades, mayores coberturas, productos excluidos, etc.).	
3. REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS		
Tipo de Recetario (Ver Anexo: Modelos de Recetarios)	Recetario oficial para Patologías Agudas (Receta Agudos)	
	Recetario oficial para Patología Crónicas (Receta Crónicos)	
	Recetario oficial Plan MAMI.	
	Recetario oficial Plan SER.	
	En caso de faltante de recetario oficial Plan MAMI o Plan Ser, se aceptarán recetas en recetario oficial para Patologías Agudas debidamente autorizadas al dorso.	

	<p>Recetario SAMO. Deberá contener el sello en original del Hospital donde fue extendido.</p> <p>Por un plazo de 90 días se deberán aceptar como válidos los recetarios oficiales de IOMA anteriores a la vigencia del nuevo convenio. Se deberán ingresar en el validador de forma similar a las nuevas recetas.</p> <p>Se ingresarán por el validador los expendios realizados con recetario oficial para Patologías Agudas, recetario oficial para patologías Crónicas y recetario IOMA anterior a la vigencia del nuevo convenio. En la primera etapa, el resto de las recetas deberán dispensarse en forma manual.</p> <p>No se aceptan fotocopias de recetas, excepto lo indicado para patologías crónicas.</p>
<p>Datos contenidos en la receta a completar por el profesional prescriptor:</p> <p><i>(Los datos escritos por el profesional deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma, y se consignarán en los campos correspondientes)</i></p>	<p>Fecha de emisión de la receta: se deberá consignar día, mes y año en que se realiza la prescripción.</p>
	<p>Nombre, Apellido del afiliado y Número de afiliación</p>
	<p>Edad, sexo y peso del afiliado: la edad se deberá consignar en números y el médico marcará con una cruz si se trata de meses o años. En el caso de prescripciones para bebés menores de 30 (treinta) días, el médico deberá consignar 1 (un) mes. El peso deberá figurar en kilogramos.</p>
	<p>Número de Orden de Consulta o la sigla S/C (sin cargo). Otras siglas adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AP (Auto prescripción) - AL (Arancel Libre) - T (Transcripción)
	<p>Diagnóstico: se deberá consignar diagnóstico presuntivo o de certeza que presenta el paciente; o el problema de salud que motivó la prescripción con letra que resulte fácilmente legible. Deberá ser completado mediante códigos, según la "Codificación IOMA". Inicialmente, si una receta no contara con la codificación mencionada, no será motivo de débito. Oportunamente se determinará el momento en que este requisito tenga carácter obligatorio.</p>
	<p>Datos del prescriptor: firma y sello aclaratorio legible del profesional donde constará su nombre, apellido, número de matrícula y tipo. Si no está legible la matrícula aclarar de puño y letra de profesional.</p> <p>Además se solicita consigne en forma manual, teléfono y dirección (no es requisito obligatorio).</p>
	<p>Detalle de los medicamentos: según lo indicado en la receta se deberá completar Medicamento Prescripto por nombre Genérico / Forma Farmacéutica y Dosis por Unidad (cantidad o la concentración de principio activo que tiene cada unidad). Siendo optativo sugerencia de marca comercial.</p>
	<p>Dosis por día: se indicará la cantidad de unidades o dosis por día. Ej.: 2 por día, 10 ml por día. Cuando la prescripción sea por períodos distintos al día el médico lo indicará en el mismo campo. Ej.: 3 por semana. En caso de corresponder una única dosis el médico consignará la sigla "UD" o "1 (uno)".</p>

	<p>Duración del tratamiento: el médico indicará el tiempo durante el cual el paciente debe cumplir el tratamiento recomendado y debe estar expresado en días. Ej.: 30.</p> <p>Durante la etapa de implementación se aceptarán las recetas en las que la duración del tratamiento esté expresada en semana o mes.</p> <p>Las prescripciones deberán ajustarse a las Dosis Diarias Definidas (El validador realizará este control. Durante la etapa de implementación no será motivo de observación) y en el caso de medicamentos para patologías crónicas también al listado de Drogas y Patologías Crónicas.</p> <p>Los profesionales odontólogos sólo están habilitados para prescribir en recetarios diseñados para situaciones de salud agudas y recetas MAMI que tengan la leyenda “Uso Odontológico”, circunscribiéndose a lo estipulado en el capítulo Odontología del FTP vigente (ver Anexo Prescripción Odontológica).</p>
<p>a) Validez para la venta</p>	<p>Recetas <u>Agudos</u>: 30 (treinta) días a partir de la fecha de prescripción o autorización, según corresponda, e incluyendo la misma.</p> <p>Recetas <u>Crónicos</u>: 120 (ciento veinte) días a partir de la fecha de prescripción o autorización, según corresponda, e incluyendo la misma.</p> <p><u>Recetas Especiales (Discapacidad, Resolución de Directorio y Recurso de Amparo)</u>: 30 (treinta) días a partir de la fecha de prescripción o autorización, según corresponda, e incluyendo la misma.</p> <p><u>Recetas Plan Ser</u>: en las recetas que no figure el mes de consumo, la validez será de 30 (treinta) días. En recetas con mes de consumo: la dispensa deberá realizarse exclusivamente ese mes.</p> <p><u>Recetas Plan Mami</u>: 30 (treinta) días a partir de la fecha de prescripción o autorización, según corresponda, e incluyendo la misma.</p>
<p>b) Validez para la presentación (todos los planes)</p>	<p>De acuerdo al cronograma de presentación. El plazo máximo es de 60 (sesenta) días corridos, a partir de la fecha de venta.</p>
<p>c) Validez para la refacturación (todos los planes)</p>	<p>60 (sesenta) días corridos a partir de haber recibido la receta observada.</p>

Recetas de Patologías Agudas y Crónicas:
Cantidad máxima de Medicamentos, envases y tamaños por receta / Duración del tratamiento

Recetas de Patologías Agudas:

El farmacéutico dispensará según corresponda la cantidad de envases necesarios para cubrir el período consignado en la duración del tratamiento.

- Para los medicamentos de uso abierto del FTP del IOMA (aquellos que no requieren auditoría previa), cuando el tamaño de los envases no permita un ajuste exacto a la cantidad total que surge del cálculo entre la dosis diaria y duración del tratamiento, el farmacéutico dispensará el tamaño y la cantidad de envases necesarios para que se garantice la totalidad del tratamiento, hasta un plazo máximo de 30 (treinta) días. En caso de que se supere dicho plazo el afiliado deberá presentar oportunamente una nueva receta para los días restantes.
- Para los medicamentos de USO NORMALIZADO que requieren auditoría previa el farmacéutico verificará en la autorización la cantidad de envases necesarios para que se garantice la totalidad del tratamiento.

	<p><u>Recetas de Patologías Crónicas:</u></p> <p>Se comprenden las patologías listadas y codificadas en el Anexo de la presente norma: Listado de Patologías y Drogas Crónicas.</p> <p>El farmacéutico deberá dispensar la cantidad de envases necesarios para completar cada fracción del período de tratamiento autorizado. Cada período no deberá superar los 30 (treinta) días. La cantidad de medicación dispensada surgirá de la suma de la dosis diaria por el tiempo del período. Cuando el tamaño de los envases no permita un ajuste exacto, el farmacéutico deberá dispensar el envase de mayor tamaño.</p> <p>En aquella situación donde la cantidad de unidades no coincida con los 30 días se podrá entregar medicación que supere ese período, la que será descontada en provisiones siguientes cuando el sistema está preparado. Durante la etapa de implementación no será motivo de observación.</p> <p>El paciente podrá retirar la medicación de cada período con 10 (diez) días de antelación al vencimiento del período inmediatamente anterior y en distintas farmacias. Se dispensará de la siguiente manera y orden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Cupón 1:</u> se podrá dispensar a partir de la fecha de prescripción y hasta 30 (treinta) días posteriores a la misma - <u>Cupón 2:</u> se podrá dispensar pasados 20 (veinte) días de la fecha de prescripción y hasta 60 (sesenta) días posteriores a la misma - <u>Cupón 3:</u> se podrá dispensar pasados 50 (cincuenta) días de la fecha de prescripción y hasta 90 (noventa) días posteriores a la misma - <u>Cupón 4:</u> se podrá dispensar pasados 80 (ochenta) días de la fecha de prescripción y hasta 120 (ciento veinte) días posteriores a la misma. <p><u>Duración del tratamiento:</u> hasta 120 (ciento veinte) días con dispensaciones mensuales. Está permitida la elección de cualquier fracción temporal dentro del límite establecido de 120 días.</p> <p>La receta original la debe conservar el afiliado hasta la utilización del último cupón. Deberá presentar para las dispensas previas la receta original y entregar fotocopia de la misma junto con el cupón original correspondiente.</p>
<p>Antibióticos del Capítulo 3 del FTP que no requieren auditoría previa</p>	<p>El profesional podrá definir hasta 10 (diez) días de tratamiento.</p>

Planes Especiales

Siempre que esté autorizado mediante Orden de provisión, se podrá dispensar toda receta cuya prescripción esté fuera de la presente norma (mayores cantidades, mayores coberturas, productos excluidos, etc.).

DISCAPACIDAD

RESOLUCION DE DIRECTORIO

4. REQUISITOS DEL AFILIADO:

Deberá presentar	Receta correspondiente según ítem 3. Documentación para verificar su afiliación.
Verificación Afiliatoria:	<p>El farmacéutico deberá requerir al afiliado o tercero responsable la siguiente documentación:</p> <ul style="list-style-type: none">- Carnet de afiliación (identidad y vigencia), o el comprobante de pago como afiliado voluntario.- DNI del afiliado (original)- Recibo de sueldo (original o fotocopia) donde conste el descuento al IOMA, o comprobante de pago como afiliado voluntario. Deberá corresponder al mes de la dispensa o a alguno de los últimos 3 meses. Para los "Bomberos Voluntarios", los cuales no poseen recibo de haberes ni constancias de pagos de aportes, deberán exhibir el carnet (con fecha de vigencia) en el que debe constar en el ítem: "Ente Empleador" la leyenda: Bombero Voluntario de la Provincia de Buenos Aires. <p>En el caso de los afiliados no validados on line (ver notas) podrá ser adjuntada por el farmacéutico, copia de dicha información.</p> <p>Si el afiliado no presentara la documentación correspondiente para lo detallado anteriormente, deberá abonar el total de los medicamentos provistos. Tendrá derecho a solicitar del farmacéutico el reintegro correspondiente dentro de los 3 (tres) días hábiles siguientes presentando la documentación faltante y el comprobante de expendio de los medicamentos.</p>
Afiliados en Tránsito	Se deberá adjuntar a la receta fotocopia de la Planilla de Autorización Provisoria.

5. REQUISITOS DE CONFORMIDAD

La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente	El farmacéutico deberá verificar la correcta confección de la receta por parte del prescriptor médico u odontólogo según las especificaciones del punto 3: Datos a completar por el profesional prescriptor. Los datos deberán estar completos y de acuerdo a dichas especificaciones, caso contrario la receta no podrá ser dispensada (ver punto 6: enmiendas)
<i>(1) Datos no obligatorios para las farmacias que validan on line y adjuntan comprobante de transacción o copia del ticket fiscal (siempre y cuando los datos solicitados figuren en alguno de estos comprobantes)</i>	Coseguros: en el caso en que un afiliado presente un Coseguro para el descuento en los medicamentos, deberá registrarse el nombre de éste en el campo correspondiente.
	Pegar o abrochar el troquel con su código de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescritos.

	<p>Si el producto no tuviera troquel, colocar en el casillero del troquel correspondiente el nombre comercial del medicamento dispensado.</p> <p>Fecha de dispensación (1)</p> <p>Precio venta público y monto total a cargo de IOMA para cada medicamento. Total receta, a cargo afiliado, a cargo IOMA. (1)</p> <p>Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto. (1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobante de validación on line o número de validación. - Duplicado, copia o número de Ticket Fiscal. <p>Firma del afiliado o de tercero y aclaración. En el caso que retire los medicamentos un tercero, el farmacéutico deberá solicitarle la documentación original del afiliado y además del tercero, su nombre, apellido, teléfono, dirección y documento de identidad, el cual deberá ser exhibido y asentado en la misma receta.</p> <p>Código de la farmacia, sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico.</p>
Facturación de Recetas Crónicas	<p>Todos los meses, salvo el último, se deberá presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia de la receta original completa - Cupón del período de dispensación original - Troqueles - Comprobante de validación on line o número de validación. - Duplicado, copia o número de Ticket Fiscal. <p>Último mes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Receta original con cupón del último mes - Troqueles - Comprobante de validación on line o número de validación. - Duplicado, copia o número de Ticket Fiscal.
6. ENMIENDAS	
	<ul style="list-style-type: none"> - Las correcciones y enmiendas a la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma. - La edad, sexo y peso podrán ser completados por el farmacéutico, por tratarse de información verificable por dicho profesional, si hubieren sido omitidos por el profesional prescriptor, y refrendado con su firma y sello. - El número erróneo o incompleto del afiliado puede ser salvado por el farmacéutico colocando el número correcto en la parte superior o al dorso de la receta con firma en conformidad del afiliado o tercero interviniente.
7. AUTORIZACIONES	
	<p>Las autorizaciones realizadas expresamente por el IOMA serán dispensadas por fuera del sistema on line con la acreditación de la documentación respectiva, durante la etapa de implementación.</p>
8. PLAN MAMI / PLAN SER	

PLAN MAMI	<p>Recetarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Receta Oficial Plan MAMI – Chequera de Prenatal o Puerperio. - Los medicamentos odontológicos solo podrán venir prescriptos en las recetas de Plan MAMI que al pie cuentan con la leyenda “USO ODONTOLOGICO”. - La cobertura del ACIDO FOLICO durante el embarazo se realizará en receta preimpresa en forma diferenciada del resto de los medicamentos. - Leches: Cubre únicamente las leches que se encuentren dentro del FTP de IOMA. - Con cobertura del 100%: Hasta los 2 (dos) meses de edad en receta preimpresa de leches. Desde los 2 (dos) hasta los 6 (seis) meses se podrán dispensar en las recetas habilitadas para medicamentos del Plan MAMI (hasta 8 kilos en total) con autorización del IOMA. - Después de los seis meses se entregarán con el monto fijo de IOMA. <p>Todo medicamento de uso normatizado debe llevar autorización previa del IOMA mediante Orden de Provisión. En caso de ser única provisión la receta tiene la autorización al dorso.</p>
PLAN SER	<p>Se otorgará cobertura del 100% únicamente en anticonceptivos orales que se encuentren en el listado de IOMA vigente.</p>
	<p>Recetario: recetario oficial preimpreso Plan SER.</p>

9. NOTAS	
	<ul style="list-style-type: none"> - Para validar el afiliado on line se deberán cargar sólo los dígitos numéricos, no así las barras, guiones, letras, etc. - Para aquellos afiliados que no verifiquen su afiliación, el sistema de validación los autorizará dejándolos identificados para su posterior control - Se podrán dispensar todos los medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico de IOMA con el monto fijo indicado para cada uno de ellos. (El monto fijo nunca podrá superar el 100% del valor PVP del medicamento, si lo supera, la cobertura a cargo de la entidad será el valor PVP). - Las recetas que contengan medicamentos que figuran como de USO NORMALIZADO deberán encontrarse previamente autorizadas por la Auditoría Médica de IOMA mediante <u>Orden de Provisión</u> adjunta para proceder a su dispensa a excepción del Plan MAMI. - Las recetas que superan los \$ 200 y no sean retiradas por el titular se ajustarán a los requisitos establecidos en el ítem 5 hasta tanto el CCC reglamente el procedimiento a seguir. - En caso de caída del sistema de validación o de las conexiones locales de Internet, la farmacia efectuará la dispensación de la receta sin su correspondiente validación por sistema, debiendo ser incorporada a la liquidación

	respectiva.
--	-------------

ANEXOS

Anexo 1 - Modelos de Credenciales Vigentes

Tarjeta magnética



Credencial de afiliados obligatorios

111111119/00			
AFILIADO PRUEBA			
	11111111	11/11/1977	
441	01	30/6/2009	
01	D2006		
AFILIADO PRUEBA			
MRIO DE SALUD (I.O.M.A.)			

Credencial de afiliados voluntarios - Comprobante de pago

IOMA

Instituto de Obra Médico Asistencial
Calle 46 n° 886 - La Plata
Provincia de Buenos Aires



Cód. Partido:	Nro. Boleta:
Franqueo a pagar - Cuenta	

AFILIADOS VOLUNTARIOS INDIVIDUALES BOLETA CREDENCIAL

1 CREDENCIAL PARA EL AFILIADO DIRECTO

Nro. de Afiliado		Apellido y Nombre del Afiliado			
Nro. de Documento	Fecha de Nacimiento	Orig.	Part.	Loc.	C.C.
Primer Vencimiento:	IMPORTE TOTAL1:				
Segundo Vencimiento:	IMPORTE TOTAL2:				
Primer Alta:	Cuota Carencia:	Segunda Alta:	Período:	Año:	
Próximo Vencimiento:	Comprobante:	Período de validez:			

IOMA CREDENCIAL PARA EL FAMILIAR A CARGO

Nro. de Afiliado		Nro. de Documento		Período de validez:			
Período:	Año:	Comprobante:	IMPORTE TOTAL1:	IMPORTE TOTAL2:			
Barra	Afiliado a cargo	DNI	Fecha de nac.	1º alta	2º alta	Cuota carencia	Fecha de cese

IOMA 2 CUENTA 829/5 BANCO PROVINCIA DE BUENOS AIRES BOLETA DE DEPOSITO PARA EL BANCO

Cód. de Empresa 0369

Primer Venc.	IMPORTE TOTAL1:		
Segundo Venc.	IMPORTE TOTAL2:		
Nro. de Afiliado			
Orig.	Part.	Loc.	C.C.
Período	Año	Comprobante	

IOMA 3 BOLETA DE DEPOSITO PARA IOMA

Cód. de Empresa 0369

Apellido y Nombre del Afiliado			
Nro. de Afiliado		IMPORTE TOTAL1:	
Nro. de Afiliado		IMPORTE TOTAL2:	
Orig.	Part.	Loc.	C.C.
Período	Año	Comprobante	

Anexo 2: Modelos de Recetarios

Estos modelos de recetarios convivirán con los vigentes actualmente durante 90 (noventa) días.

Patologías Agudas (frente)

IOMA Instituto de Otorrinolaringología										MEDICAMENTOS PATOLOGÍAS AGUDAS										RECETA N°		N° de Orden Consulta	
Fecha Prescripción			N° de Afiliado							Edad		Sexo	F	M	Peso	Fecha Dispensación		Día		Mes	Año		
Día	Mes	Año								Meses						Día	Mes	Año					
APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO										Código de Farmacia		N° de Orden											
DIAGNÓSTICO Código IOMA																							
Medicamento Genérico / Sugerencia Marca Comercial / Forma Farmacéutica					Dosis / Unidad		Dosis/Día		Duración Tratamiento en Días			Cant. Env.	Total Precio Público		Monto Total a cargo de IOMA								
Rp. 1																							
Rp. 2																							
Firma y Sello del Médico					Datos del Afiliado o Tercero					Certifico entrega de los medicamentos facturados					TOTAL RECETA								
					Firma					Sello					A CARGO AFILIADO								
					Aclaración					Firma Farmacéutico					A CARGO IOMA								
					Domicilio																		
					Teléfono																		
Teléfono: _____					Documento Tipo: N°																		
TROQUEL 1		TROQUEL 2		TROQUEL 3		TROQUEL 4		TROQUEL 5		TROQUEL 6		Observaciones del Farmacéutico											
												Firma											

Patologías Agudas (dorso)

PARA USO EXCLUSIVO DEL IOMA AUTORIZACIÓN IOMA CENTRA / DELEGACIÓN / REGIÓN				
Rp. Nº	Medicamento Genérico - Forma Farmacéutica Dosis / Unidad	Envases totales	Int. de Covert.	Plan
1				
2				
Nº Autorización				
Coseguro				
Sello		Firma		
Fecha Autorización	Día	Mes	Año	

(1) **DIAGNÓSTICO CÓD. IOMA:**
Es el diagnóstico presuntivo o de certeza que presenta el paciente que motiva la prescripción contemplado en el Manual de códigos de IOMA.

(2) **MEDICAMENTO GENÉRICO:**
FORMA FCA: Identifica la forma farmacéutica elegida entre todas las existentes del mismo producto: Amp., Comp., Ov., Gotas, etc.

DOSIS/UNIDAD: Es la cantidad o la concentración de principio activo que tiene cada unidad (mg, supositorio, mg/ml, 5ml, Ul/amp., Mg/comp., etc.).

(3) **DOSIS/DÍA:** es la cantidad de unidades o dosis por día.

(4) **DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:**
Tiempo durante el cual el paciente debe cumplir el tratamiento recomendado (días).

(5) En aquellos casos que el paciente sea atendido dentro de una entidad Sanatorial u Hospitalaria, debe completarse el código y sello de la Entidad.



CÓDIGO DE LA ENTIDAD (5)	
SELLO	INSTITUCIÓN

Patologías Crónicas (frente)

IOMA PLAN AMBULATORIO CRÓNICO (hasta 120 días)						RECETA Nº	Nº de Orden Consulta
						0900000001	
Fecha Prescripción		Nº de Afiliado		Edad	Sexo	Peso	
Día	Mes	Año		Meses Años	F	M	
APELLIDO Y NOMBRE DEL AFILIADO							
DIAGNÓSTICO Código IOMA							
<input type="checkbox"/> 401 HTA	<input type="checkbox"/> 414 CARCINOMA QUIRÚRGICA	<input type="checkbox"/> 409 REG. CARDÍACA	<input type="checkbox"/> 427 ARTERIAS	<input type="checkbox"/> 200 DIABETES	<input type="checkbox"/> 272 HIPERTENSION	<input type="checkbox"/> 274-282 ENT. TIROIDEA	<input type="checkbox"/> 345 BPLEPSIA
<input type="checkbox"/> 361 CALCULOS	<input type="checkbox"/> 289-290-295 PROSTATIS	<input type="checkbox"/> 506 COLITIS SCLEROSAS	<input type="checkbox"/> 505 COLITIS REGIONAL	<input type="checkbox"/> 487 ANFICOLAGUANTES	<input type="checkbox"/> 488 FPOC	<input type="checkbox"/> 493-492 ASMA	<input type="checkbox"/> 332 PARKINSON
<input type="checkbox"/> 733 OSTEOPOROSIS							
Medicamento Genérico / Sugerencia Marca Comercial / Forma Farmacéutica						Dosis por Unidad	Dosis / Día
Rp. 1						Unidad Mes	Duración del tratamiento
Rp. 2						Firma y Sello del Médico	
						Teléfono	
3		Fecha Dispensación		4		Fecha Dispensación	
Código de Farmacia		RECETA Nº		Código de Farmacia		RECETA Nº	
		09000000001133				09000000001140	
Nº de Orden				Nº de Orden			
Medic. 1.	Cant de Env.	PVP.	A/C IOMA	Medic. 1.	Cant de Env.	PVP.	A/C IOMA
Medic. 2.	Cant de Env.	PVP.	A/C IOMA	Medic. 2.	Cant de Env.	PVP.	A/C IOMA
Total Receta		A/C del Afil.	A/C de IOMA	Total Receta		A/C del Afil.	A/C de IOMA
1		Fecha Dispensación		2		Fecha Dispensación	
Código de Farmacia		RECETA Nº		Código de Farmacia		RECETA Nº	
		09000000001119				09000000001126	
Nº de Orden				Nº de Orden			
Medic. 1.	Cant de Env.	PVP.	A/C IOMA	Medic. 1.	Cant de Env.	PVP.	A/C IOMA
Medic. 2.	Cant de Env.	PVP.	A/C IOMA	Medic. 2.	Cant de Env.	PVP.	A/C IOMA
Total Receta		A/C del Afil.	A/C de IOMA	Total Receta		A/C del Afil.	A/C de IOMA

Patologías Crónicas (dorso)

PARA USO EXCLUSIVO DEL IOMA AUTORIZACIÓN IOMA CENTRA / DELEGACIÓN / REGIÓN				
Rp. N°	Medicamento Genérico - Forma Farmacéutica Dosis / Unidad	Envases totales	Int. de Cobert.	Plan
1				
2				
N° Autorización				
Coseguro				
Sello		Firma		
Fecha Autorización	Día	Mes	Año	

Datos Relevantes del Diagnóstico y/o Evolución (Clínicos y Métodos complementarios)					

Certifico entrega de los medicamentos facturados		Datos del Afiliado o Tercero			
Sello	Firma	Firma	Aclaración	Domicilio	Teléfono
Farmacéutico		Documento Tipo N°			
TROQUEL 1	TROQUEL 2	TROQUEL 3	TROQUEL 4	TROQUEL 5	TROQUEL 6

Certifico entrega de los medicamentos facturados		Datos del Afiliado o Tercero			
Sello	Firma	Firma	Aclaración	Domicilio	Teléfono
Farmacéutico		Documento Tipo N°			
TROQUEL 1	TROQUEL 2	TROQUEL 3	TROQUEL 4	TROQUEL 5	TROQUEL 6

Certifico entrega de los medicamentos facturados		Datos del Afiliado o Tercero			
Sello	Firma	Firma	Aclaración	Domicilio	Teléfono
Farmacéutico		Documento Tipo N°			
TROQUEL 1	TROQUEL 2	TROQUEL 3	TROQUEL 4	TROQUEL 5	TROQUEL 6

Certifico entrega de los medicamentos facturados		Datos del Afiliado o Tercero			
Sello	Firma	Firma	Aclaración	Domicilio	Teléfono
Farmacéutico		Documento Tipo N°			
TROQUEL 1	TROQUEL 2	TROQUEL 3	TROQUEL 4	TROQUEL 5	TROQUEL 6

Plan SER (frente):


Fecha Prescripción		Apellido y Nombre		N° de Afiliado		Edad	
Día	Mes	Año					

Fecha Dispensación		Código de Farmacia		N° de Orden	
Día	Mes	Año			

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Y CÓDIGO OMS (10ª edición)				USO EXCLUSIVO PARA ANTICONCEPTIVOS	
Medicamento Genérico y Marca comercial Forma Farmacéutica Dosis / Unidad				Dosis/Día	Duración Tratamiento en Días
Rp. 1					
Cant. Env.		Total Precio Público		Monto total a cargo de IOMA	

TOTAL RECETA		A CARGO DE IOMA	

Plan SER (dorso):

<p style="text-align: center;">Datos del prescriptor</p> <p style="text-align: center;">Firma y sello</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <p style="text-align: center;">Matrícula</p>	<p style="text-align: center;">Datos del Afiliado o Tercero</p> <p>Firma</p> <p>Aclaración</p> <p>Domicilio</p> <p>Teléfono</p> <hr/> <p>Documento Tipo: N°:</p>	 <p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">SER</p> <p style="font-weight: bold; margin: 0;">RESPONSABLE</p> <p style="margin: 0;">Plan de Salud Sexual y Reproductiva</p>
--	---	---

TROQUEL 1

Plan MAMI (frente):

<p style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">IOMA</p> <p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">Instituto de Obra Médico Asistencial</p>	<p style="font-size: 1.5em; font-weight: bold; margin: 0;">Plan MAMI</p>	<p style="text-align: center; font-size: 0.8em;">N° de Orden Consulta</p>	<p style="text-align: center; font-size: 0.8em;">RECETA N°</p> <p style="font-size: 1.5em; font-weight: bold; margin: 0;">N° 00252358</p>																					
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center; font-size: 0.8em;">Fecha Prescripción</td> <td colspan="2" style="border: 1px solid black;">Apellido y Nombre</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center; font-size: 0.8em;">N° de Afiliado</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center; font-size: 0.8em;">Edad</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center; font-size: 0.8em;">Sexo</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center; font-size: 0.8em;">F <input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center; font-size: 0.8em;">M <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center; font-size: 0.8em;">Día Mes Año</td> <td colspan="2"></td> <td></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center; font-size: 0.8em;">Meses <input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center; font-size: 0.8em;">Años <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Fecha Prescripción	Apellido y Nombre		N° de Afiliado	Edad	Sexo	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Día Mes Año				Meses <input type="checkbox"/>	Años <input type="checkbox"/>			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center; font-size: 0.8em;">Código de Farmacia</td> <td style="border: 1px solid black; text-align: center; font-size: 0.8em;">N° de Orden</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>		Código de Farmacia	N° de Orden				
Fecha Prescripción	Apellido y Nombre		N° de Afiliado	Edad	Sexo	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>																	
Día Mes Año				Meses <input type="checkbox"/>	Años <input type="checkbox"/>																			
Código de Farmacia	N° de Orden																							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center; font-size: 0.8em;">Fecha Dispensación</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center; font-size: 0.8em;">Día Mes Año</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	Fecha Dispensación			Día Mes Año																				
Fecha Dispensación																								
Día Mes Año																								
<p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">DIAGNÓSTICO PRINCIPAL y/o CÓDIGO OMS (10° edición)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; font-size: 0.8em;">Medicamento Genérico o Marca comercial Forma Farmacéutica Dosis / Unidad</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 0.8em;">Dosis/Día</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 0.8em;">Duración Tratamiento en Días</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 30px; vertical-align: top;">Rp.1</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Medicamento Genérico o Marca comercial Forma Farmacéutica Dosis / Unidad	Dosis/Día	Duración Tratamiento en Días	Rp.1			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; font-size: 0.8em;">Cant. Env.</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 0.8em;">Total Precio Público</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 0.8em;">Monto Total a cargo de IOMA</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Cant. Env.	Total Precio Público	Monto Total a cargo de IOMA										
Medicamento Genérico o Marca comercial Forma Farmacéutica Dosis / Unidad	Dosis/Día	Duración Tratamiento en Días																						
Rp.1																								
Cant. Env.	Total Precio Público	Monto Total a cargo de IOMA																						
<p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">DIAGNÓSTICO SECUNDARIO y/o CÓDIGO OMS (10° edición)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; font-size: 0.8em;">Medicamento Genérico o Marca comercial Forma Farmacéutica Dosis / Unidad</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 0.8em;">Dosis/Día</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 0.8em;">Duración Tratamiento en Días</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 30px; vertical-align: top;">Rp.2</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Medicamento Genérico o Marca comercial Forma Farmacéutica Dosis / Unidad	Dosis/Día	Duración Tratamiento en Días	Rp.2			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; font-size: 0.8em;">Cant. Env.</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 0.8em;">Total Precio Público</td> <td style="border: 1px solid black; font-size: 0.8em;">Monto Total a cargo de IOMA</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Cant. Env.	Total Precio Público	Monto Total a cargo de IOMA										
Medicamento Genérico o Marca comercial Forma Farmacéutica Dosis / Unidad	Dosis/Día	Duración Tratamiento en Días																						
Rp.2																								
Cant. Env.	Total Precio Público	Monto Total a cargo de IOMA																						
<p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">TOTAL RECETA</p>		<p style="font-size: 0.8em; margin: 0;">A CARGO DE IOMA</p>																						

Plan MAMI Uso Odontológico (frente):

IOMA Instituto de Obra Médico Asistencial		Plan MAMI		Nº de Orden Consulta	RECETA Nº Nº 00030994		
Fecha Prescripción Día Mes Año		Apellido y Nombre		Nº de Afiliado		Edad Meses Años	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Fecha Dispensación Día Mes Año		Código de Farmacia	Nº de Orden				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL y/o CÓDIGO OMS (10º edición)				Cant. Env.	Total Precio Público	Monto Total a cargo de IOMA	
Medicamento Genérico o Marca comercial Forma Farmacéutica Dosis / Unidad							
Rp.1							
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO y/o CÓDIGO OMS (10º edición)				Cant. Env.	Total Precio Público	Monto Total a cargo de IOMA	
Medicamento Genérico o Marca comercial Forma Farmacéutica Dosis / Unidad							
Rp.2							
USO ODONTOLÓGICO				TOTAL RECETA		A CARGO DE IOMA	

Plan MAMI Ac. Fólico (frente):


IOMA Instituto de Obra Médico Asistencial		Plan MAMI		Nº de Orden Consulta	RECETA Nº Nº 00046495		
Fecha Prescripción Día Mes Año		Apellido y Nombre		Nº de Afiliado		Edad Meses Años	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Fecha Dispensación Día Mes Año		Código de Farmacia	Nº de Orden				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL y/o CÓDIGO OMS (10º edición)				Cant. Env.	Total Precio Público	Monto Total a cargo de IOMA	
Medicamento Genérico o Marca comercial Forma Farmacéutica Dosis / Unidad							
Rp.1							
Ácido Fólico 1 mg.				1	30		
				TOTAL RECETA		A CARGO DE IOMA	

Plan MAMI Leches Maternizadas (frente):

 Plan MAMI Instituto de Obra Médico Asistencial		N° de Orden Consulta 		RECETA N° N° 00017257	
Fecha Prescripción Día Mes Año 		Apellido y Nombre 		N° de Afiliado 	
Fecha Dispensación Día Mes Año 		Código de Farmacia 		N° de Orden 	
Edad Meses <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/>		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL y/o CÓDIGO OMS (10° edición) Medicamento Genérico o Marca comercial Forma Farmacéutica Dosis / Unidad Rp.1 Vale 4 Kg. de Leche Maternizada según FTP				Duración Tratamiento en Días 	
Cant. Env. 		Total Precio Público 		Monto Total a cargo de IOMA 	
TOTAL RECETA				A CARGO DE IOMA	

Plan MAMI (dorso):

Datos del Prescriptor Firma y sello Matrícula		Datos del Afiliado o Tercero Firma Aclaración Domicilio Teléfono Documento Tipo: N°		Autorización Sello y Firma del Médico		Certifico entrega de los medicamentos facturados Sello y Firma del Farmacéutico	
TROQUEL 1 		TROQUEL 2 		TROQUEL 3 		TROQUEL 4 	
TROQUEL 5 		TROQUEL 6 		Observaciones del Farmacéutico Firma			



Instituto de Obra Médico Asistencial

Fecha Prescripción		
Día	Mes	Año

Fecha Dispensación		
Día	Mes	Año

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
Medicamento Genérico o Marca	
Rp.1	
DIAGNÓSTICO SECUNDARIO	
Medicamento Genérico o Marca	
Rp.2	

Anexo 3: Listado de Prescripción Odontológica:

20.01 FLUORUROS
20.01.01 FLUORURO DE SODIO
20.02 SALIVA ARTIFICIAL
20.02.01 DEMULCENTES ORALES
20.03 ANTIINFECCIOSOS
20.03.01 AMINOGLUCOSIDOS -VER 3.1.-
20.03.02 AZITROMICINA -VER 3.4.1.-
20.03.03 CEFALOSPORINAS -VER 3.3.-
20.03.04 CLINDAMICINA -VER 3.4.4.-
20.03.05 DOXICICLINA -VER 3.4.7.-
20.03.06 ERITROMICINA -VER 3.4.8.-
20.03.07 METRONIDAZOL -VER 3.4.11-
20.03.08 PENICILINA -VER 3.2.-
20.04 ANTIMICOTICOS
20.04.01 KETOCONAZOL -VER 3.12.4. Y 17.2.2.-
20.04.02 NISTATINA -VER 3.12.5. Y 17.2.4.-
20.05 ANTIVIRALES
20.05.01 ACICLOVIR -VER 3.11.1 Y 18.2.1
20.06 ANALGESICOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE)
20.06.01 ACIDO ACETILSALICILICO -VER 5.1.1.-
20.06.09 DEXKETOPROFENO-VER 5.1.-
20.06.02 DICLOFENAC -VER 5.1.2.-
20.06.03 DAPIRONA -VER 5.1.3-
20.06.04 IBUPROFENO -VER 5.1.4.-
20.06.05 INDOMETACINA -VER 5.1.5.-
20.06.06 KETOROLAC -VER 5.1.6.-
20.06.10 MELOXICAM-VER 5.1.-
20.06.11 NAPROXENO -VER 5.1.8.-
20.06.12 PARACETAMOL -VER 5.1.9.-
20.08 GLUCOCORTICOIDES -VER 9.4. Y 17.3.-
20.09 REVELADORES DE PLACA BACTERIANA
20.08.01 ERITROSINA

Anexo 4: Listado de Patologías y Drogas incluidas en recetas para Crónicos

Situaciones de salud y medicamentos donde la autorización de la prescripción puede hacerse hasta 120 días con dispensaciones mensuales.

HIPERTENSION ARTERIAL: Código 401

AMLODIPINA
ATENOLOL
DILTIAZEM
ENALAPRIL
INDAPAMIDA
LOSARTAN
METOPROLOL
CARVEDILOL
NIFEDIPINA
PROPANOLOL
VERAPAMILO

CARDIOPATIA ISQUÉMICA: Código 414

NITROGLICERINA
MONONITRATO DE ISOSORBIDE
DINITRATO DE ISOSORBIDE

INSUFICIENCIA CARDIACA: Código 428

DIGOXINA
CLORTALIDONA
ESPIRONOLACTONA
FUROSEMIDA
HIDROCLOROTIAZIDA
HIDROCLOROTIAZIDA Y AMILORIDA

ANTIARRITMICOS: Código 427

AMIODARONA
FLECAINIDA
METOPROLOL
MEXILETINA
PROPAFENONA
PROPANOLOL
QUINIDINA
SOTALOL
VERAPAMILO

DIABETES : Código 250

METFORMINA
GLIBENCLAMIDA
GLIPIZIDA

INSULINAS (no corresponde incluir en este listado – Inf. 06/2009)

HIPERLIPEMIAS : Código 272

SIMVASTATIN
ATORVASTATIN
GEMFIBROZIL
ACIDO NICOTINICO
COLESTIRAMINA

HIPERURICEMIA: Código 274

ALLOPURINOL
COLCHICINA

HIPER E HIPOTIROIDISMO: Código 244

LEVOTIROXINA
METIMAZOL
PROPILTIRACILO
LIOTIRONINA

EPILEPSIA: Código 345

ACIDO VALPROICO
CARBAMAZEPINA
CLONAZEPAM
ETOSUXIMIDA
FENOBARBITAL
FENITOINA

ASMA Y EPOC: Código 493 /492

BECLOMETASONA
BUDESONIDE
CROMOGLICATO DE SODIO
FENOTEROL
FLUTICASONA
FORMOTEROL
IPRATROPIO
SALBUTAMOL
SALMETEROL
TEOFILINA ANHIDRA

PARKINSON: Código 332

LEVODOPA Y CARBIDOPA
LEVODOPA Y BENZERAZIDA
BIPERIDENO
TRIHEXIFENIDILO

ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA: Código 556/555

MESALACINA
SULFASALAZINA

OSTEOPOROSIS: Código 733

BIFOSFONATOS

OFTALMOLOGICOS: Código 365

Hipotensores oculares:

ACETAZOLAMIDA
TIMOLOL
DORSOLAMIDA
DORSOLAMIDA + TIMOLOL
BRIMONIDINA + TIMOLOL

Midriáticos y cicloplejicos:

ATROPINA
CICLOPENTOLATO
FENILEFRINA
TROPICAMIDA
HOMATROPINA

Mióticos:

PILOCARPINA

ESQUIZOFRENIA; PSICOSIS: Código 290-295-299

CLORPROMAZINA
HALOPERIDOL
LEVOMEPRIMAZINA
PROMETAZINA
TIORIDAZINA
TRIFLUOPERACINA

DEPRESION: Código 309

AMITRIPTILINA
FLUOXETINA
SERTRALINA

ANTICOAGULACIÓN: Código 287

ACENOCUMAROL

ARTRITIS REUMATOIDEA: Código 71 4

COROQUINA
HIDROXICOROQUINA
METOTREXATO

~~LEFLUNOMIDA~~ (no corresponde incluir en este listado – Inf. 06/2009)