



**OBRA SOCIAL:  
MAPFRE SALUD S.A.**

**Junio 2011**

Nombre Completo: MAPFRE SALUD  
Nº de CUIT: 30-70982282-5 Cód. del O.S.: 916  
Dirección: Lavalle 362 PB - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

DESCUENTO:	OS:	Afiliado:
Plan 100/200/300	40%	60%
Plan A/A1//B/M/ R/	40%	60%
S1/S1M/T/TS	40%	60%
PMI (1)	100%	----
Patologías Crónicas (2)	70%	30%
Anticonceptivos (3)	100%	----
<b>Autorizados 100% (5)</b>	<b>100%</b>	<b>----</b>

**TIPO DE RECETARIO:**

Particular: Si  
Oficial: No  
Otros: No

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

**TROQUELADO:** Si (completo Nº y código de barras)

**FECHA DE EXPENDIO:** Si

**ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nro. DE MATRICULA:**  
Con sello: Si                      Manuscrito: Si (sólo si es ilegible el sello)

**ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES:**

Letras: Si                      Números: Si

**ENMIENDAS SALVADAS:**

Cambios de tinta, agregados, tachaduras de todo tipo, no se aceptan enmiendas sobre corrector líquido.

Por el Médico: Si (errores de prescripción)

Por el Farmacéutico: Si (El Fco. deberá enmendar todos aquellos datos de afiliación que el Profesional haya transcrito en forma errónea, salvándolos al dorso de la receta con su firma, sello y firma del afiliado)

Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): Si

Por Auditoria Médica MAPFRE: Si (vía fax, incluso fecha de prescripción)

**DEL RESUMEN:**

Planilla: Carátula On Line

Cantidad: Una

Presentación: Mensual Según cronograma

Facturación: Todos los planes juntos, menos Patologías Crónicas y PMI que debe estar discriminado en forma separada.

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

**DE LA PRESCRIPCION:**

Cantidad Máxima de:

**Productos por receta:** 3 (tres) de distinto principio activo, no debiendo superarse los 3 envases por receta.

**Unidades por renglón:** 1 (uno), salvo en los anticonceptivos orales que se permiten hasta (3) tres envases por receta, previa autorización de LA Auditoria Médica de MAPFRE SALUD.

En caso de que figure le leyenda Tratamiento Prolongado se podrán entregar 2 (dos) productos en un mismo RP y solo 1 (un) envase más de otro producto de distinto principio activo.

**Tamaños por receta:** 1 (uno) grande o mediano por receta, si se encuentra prescripto como tal. Con leyenda "Tratamiento Prolongado" de puño y letra del profesional se pueden dispensar 2 (dos) envases grandes por receta.

**Antibióticos inyectables:**

Multidosis: 1 (uno)                      Monodosis: 5 (cinco)

**RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:**

Se reconocerán los medicamentos de venta bajo receta y con troquel (prescriptos por nombre genérico) identificados con punto o asterisco en "Manual Farmacéutico" o "Agenda Kairos" respectivamente, con las siguientes inclusiones y exclusiones según clasificación Manual Farmacéutico:

**Exclusiones**

Antitabáquico  
Leches enteras/desc (Forma Fca.)  
Leches maternizadas (Forma Fca.)  
Trat. De la cesación tabáquica

**RECONOCIMIENTOS BAJO NORMAS ESPECIALES**

Con autorización previa de la Obra Social (son válidas las autorizaciones vía fax), según Listado al dorso de la normativa (4):

Toda vacuna que no se encuentre dentro de las siguientes clasificaciones: toxoide tetánico+diftérico (droga), antígeno hepatitis a (droga), haemophilus influenzae tipo b + DPT (droga), antígeno hepatitis b (droga), toxoide tetán.+difter.+pertusis (droga), antígeno hepatitis b + asoc. (droga), virus saram.+parotiditis+rubéola (droga), toxoide tetánico (droga).

**-Productos con las siguientes drogas:**

-En presentación de **Jeringa prellenada, ampolla, frasco ampolla, liofilizados, soluciones parenterales**, que contengan como forma farmacéutica alguna de las drogas que se detallan a continuación:

amikacina, amoxicilina + ac. Clavulánico, amoxicilina + sulbactam, ampicilina + sulbactam, anfotericina b, arbekacina, azitromicina, aztreonam, cefoperazona, cefotaxima, cefoxitina, ceftazimida, ceftizoxima, ceftriaxona, cefuroxima, ciprofloxacina, claritromicina, clindamicina, cloramfenicol, colistina metansulfonato, fleroxacina, fosfomicina, imipenem + cilastatin, kanamicina, levofloxacina, lincomicina, linezolid, meropenem, ofloxacina, ormidazol, pefloxacina, piperacilina, rifampicina, sulfametoxazol + trimetoprima, sultamicilina, teicoplanina, tobramicina, trovafloxacina, vancomicina.

**IMPORTANTE**

La validación es obligatoria en todos los casos a través del padrón enviado por la Obra Social, inclusive PMI y Patologías Crónicas con la finalidad de verificar la afiliación del beneficiario y la situación terapéutica

Las autorizaciones se podrán encontrar al dorso de la receta, acompañando a las mismas o remitidas vía fax, en los últimos dos casos se deberán adjuntar a la receta para su posterior facturación.

Toda compra que alcance o supere los quinientos pesos (\$500), sobre el total de la receta, deberá estar autorizada por MAPFRE SALUD, a través de su Centro de Atención telefónica al 0800-333-2882, caso contrario la receta será debitada.

La auditoria de MAPFRE podrá enmendar las recetas

**(5) Autorizados 100%: MAPFRE podrá autorizar con esta cobertura, cualquier producto que se encuentre incluido en Manual Farmacéutico, debiendo figurar en la receta, la leyenda "AUTORIZADO 100%" y estar firmada por las personas autorizantes que figuran en las Observaciones.**

**OBSERVACIONES**

Ver al dorso

Dorso de:  
**MAPFRE SALUD**

**OBSERVACIONES**

Credencial: Plan 100 - Color Blanca    Plan 200 - -Color Plateada    Plan 300 - Color Dorado

Planes: A-A1-B-M-R-S1-S1M -T-TS: Color Celeste

La autorización deberá ser requerida las 24 hs. al 0800-333-2882 o al (011) 4114-3388 y se deberá consignar en la receta, el código otorgado, en forma visible. Las personas autorizantes son: PESCE PABLO (M.N. 86384), LEMA ADRIAN (M.N. 80060), ALEJANDRA BOZZANI, GABRIELA GUTIERREZ, ROMAN PIGNATARO y MARIA CECILIA RIGOU .TOSI LOZA FLORENCIA ( MN 126.115) Paz Ignacio ( MN 109991) EL NOMBRE DEL PLAN QUE CONSTA EN EL CARNET DEBE FIGURAR EN EL RECETARIO.

El afiliado o tercero, al retirar la medicación, deberá colocar en la receta: firma, aclaración, domicilio, DNI.

No se aceptan enmiendas sobre corrector líquido.

(1) PMI: con credencial especial, con validación del socio, sin autorización (con la sigla PMI) Esta cobertura es para la madre en medicación inherente al embarazo, y puerperio (un mes después del parto) y para el bebe hasta el primer año de vida (1er. Mes con credencial materna) luego credencial propia.

(2) **PATOLOGÍAS CRÓNICAS:** se reconocerán en éste Plan, únicamente los medicamentos prescritos según la normativa vigente, incluidos en el Listado de Patologías Crónicas de MAPFRE SALUD, confeccionado de acuerdo a la Resol. 310/04 y 758/04 - PMOE, con validación del socio y de la situación terapéutica, sin requerir autorización.

**IMPORTANTE:**

-Se informa que si algún afiliado no esta contemplado dentro de los Planes P.M.I o Patologías Crónicas la cobertura a brindar por la Obra Social será igual a las normas generales, al 40%.

(3) Para la cobertura del 100% de Anticonceptivos, siempre se requerirá la autorización previa de la Auditoría Médica de MAPFRE SALUD, permitiendo hasta 3 (tres) envases por receta.

(4) Reconocimiento bajo normas especiales, según clasificación Manual Fco., por acción farmacológica:

Agonista/Antagonista liberación LHRH

Agonista LHRH

Antibiótico antineoplásico

Antiandrógeno

Antidiabético

Antiestrogénico

antimetabolito

Antileucémico

Antineoplásico

Autocontrol diabetes

Autocontrol diabetes/colesterol

Citostático

Control Accu-Chek Active

Control Accutrend GC-

Control Ascensia Entrust

Control glucosa

Control Glucotrend 2

Control Glucotrend 2 Plus

Control Precision QID

Determ. Cetonas en sangre

Determ. Glucosuria/cetonuria-

Determinación de glucosuria

Fórmula para lactantes Hipoalergénica: sólo en PMI con aut.

Fórmula para lactantes antireflujo: sólo en PMI con autoriz.

Fórmula para lactantes sin lactosa: sólo en PMI con autoriz.

Gonadotropinoterapia

Hipoglucemiante oral

Hormonoterapia antineoplásica

Hormonosupresor

Inductor ovulación

Producto DERMAGLOS x 200 ml.: en PMI con autorización (un envase por receta).

Trat. Carcinoma de vejiga

Trat. Glioblastoma multiforme

Trat. Acromegalia/tum.neuroendóc.

Reconocimiento bajo normas especiales, según clasificación Manual Fco., por droga:

abciximab

adalimumab

basiliximab

bevacizumab

Busereline

cetuximab

daclizumab

efalizumab

FSH

FSH+IH

gemtuzumab-ozogamicin

Gonadotropina coriónica

Goserelin, acetato

infiximab

IHRH

omalizumab

rituximab

Toremifeno

trastuzumab

Productos con las siguientes drogas:

Insulina aspartato

Insulina bovina

Insulina detemir

Insulina glargina-

Insulina glulisina

Insulina humana

Insulina humana modificada

Insulina lispro

Insulina lispro + insulina protamina

Insulina porcina

Tiras Reactivas

Reconocimiento bajo normas especiales, según clasificación Manual Fco., por forma farmacéutica:

Jabón

Leches medicamentosas: sólo en PMI con autorización

Shampoo/Jabón líquido