



NATIVA SALUD S. A.

Nombre completo: NATIVA SALUD SOCIEDAD ANÓNIMA.

CUIT:: 30-66653855-9 - CÓDIGO DE O. SOCIAL: 246

Dirección: Moreno 3058 - Olavarría.

DESCUENTO (1)	O.S.:	Afiliado:
PLAN 1	40%	60%
PLAN 2 F. T. "IOMA"	40%	60%
PLAN 3 F. T. "IOMA"	40%	60%
PMI: SI	100 %	---

(1) El porcentaje de descuento puede ser modificado en casos específicos, para lo cual el recetario exhibirá un **sello de Autorización** con indicación en manuscrito el porcentaje asumido por NATIVA.

TIPO DE RECETARIO:

OFICIAL: SI IMPRESO COLOR VERDE (Plan 1)
IMPRESO COLOR ROJO (Plan 2)
IMPRESO COLOR AZUL (Plan 3)

OTROS: NO

VALIDEZ DE LA RECETA: 10 días.

VALIDEZ DEL RECETARIO: Los recetarios tendrán **fecha de vencimiento** (la fecha de dispensa deberá ser anterior a la fecha de vencimiento)

TROQUELADO: SI (Completo con N° y código de barra)

FECHA DE EXPENDIO: SI

ACLARACIÓN FIRMA MÉDICO Y N° DE MATRÍCULA:

Con sello: SI Manuscrito: NO

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

Presentación: según Cronograma.

Facturar el Plan 1 por separado de los planes 2 y 3, los cuales deben elevarse juntos.

Todo el PMI va por separado del resto.

COBERTURA DEL SERVICIO: Para todas las farmacias de Capital Federal y para toda la Provincia de Bs. As. Excepto partidos Bolívar, Olavarría y Lamadrid.

DE LA PRESCRIPCIÓN:

DIAGNÓSTICO: SI

PRODUCTOS POR RECETA: 02 (dos) de distinto principio activo.

UNIDADES POR RENGLÓN: 01 (uno)

Antibióticos inyectables: SI

Monodosis: 5 Multidosis: 1

RECONOCIMIENTO DE TAMAÑO:

1 (uno) envase **grande o mediano** por receta si se encuentra prescripto como tal.

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS: PLAN 1 y su PMI: Se reconocerán todos los Productos marcados con **punto o asterisco** en "Manual Farmacéutico" o "Kairos", exceptuando las Bandas Terapéuticas que la propia Norma incluya o excluya.

PLAN 2-PLAN 3 y sus PMI: Se reconocerán todos medicamentos del **Vad. Ambulatorio de IOMA** con las inclusiones y/o exclusiones según los Productos marcados con **punto o asterisco** en "Manual Farmacéutico" o "Agenda Kairos", exceptuando las Bandas Terapéuticas que la propia Norma incluya o excluya.

Adelgazantes / Anorexígenos: NO

Anovulatorios / Anticonceptivos: SI

Antisépticos de Superficie: NO

Antivirales sistémicos: NO

Antivirales de uso tópico: SI

Champúes medicinales: SI (Venta bajo receta y con troquel)

Citostáticos / Oncológicos: NO

Coadyuvante de terapia antineoplásica: NO

Edulcorantes: NO

Est. de Eritropoyesis: SI (Con **autorización** Previa)

Fórmulas magistrales: NO

Gammaglobulina espec.: NO

Gangliosidos y/o derivados: NO

Hormonas de crecimiento: NO

Inductor de Ovulación y/o espermatogénesis: SI (con **autorización** previa)

Inmunoestimulantes: NO

Inmunosupresores: NO

Interferones Iny.: NO

Internación y/ o Envase Hospitalario: NO

Insulinas Humanas: NO

Jabones medicinales: NO

Leches Medicamentosas: NO

Maternizadas: SI (**Autorizadas**)

Enteras: NO

Lociones capilares: NO

Lociones dérmicas: NO

Pantallas y filtros solares: NO

Productos sin troquel: NO

Radiopacos: SI

Reactivos: NO

Solventes indoloros: NO

Tuberculostáticos: SI

Vacunas: SI

Antimeningitis: SI (con **autorización** previa)

Antihepatitis: NO

Venta Libre: NO

• **Odontólogos:** sólo podrán prescribir Medicamentos relacionadas con su especialidad.

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

• No se reconocerán en el **PMI medicamentos** que no tengan relación con la edad y/o sexo del paciente.

• No se aceptan **enmiendas** sobre corrector líquido.

OBSERVACIONES:

P.M.I. para los tres planes con AUTORIZACIÓN por NATIVA Salud. Para el bebe hasta el año de vida y para la madre hasta 30 días posteriores al parto. **LECHES MATERNIZADAS: 2 Kg.** por receta **Autorizadas**

PLAN 1 Cobertura **Común 40%** - **PMI 100%** de Cobertura cargo de "NATIVA" bajo las condiciones establecidas en la presente Norma.

Plan contemplado bajo esta Modalidad: "A" - "O" - "O B A" - "A SOCIAL PLUS"

PLAN 2 Cobertura **Común 40%** **PMI 100%** de Cobertura a cargo de "NATIVA en Medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico Ambulatorio de la Provincia de Buenos Aires "I. O. M. A." con las **exclusiones** de la presente Norma. Se **incorporan** los siguientes Medicamentos a la Cobertura detallada precedentemente:

CARDIOLOGÍA

Diovan 80 mg. comp. x 28

Munobal 5 mg. comp. x 30

Tritace 2,5 mg. comp. x 30

Tritace 5 HCT

Tritace 5 mg. comp. x 30

GASTROENTEROLOGÍA

Debridat 200 comp. x 20

Debridat 200 comp. x 40

Debridat B comp. x 30

Dicetel 100 mg. comp. x 30

Miopropan 200 comp. x 30

Miopropan comp. x 20

Miopropan comp. x 40

Miopropan T comp. x 20

Miopropan T comp. x 50

Pasminox 40 comp. x 20

Pasminox 40 Somático comp. x 20

UROLOGÍA:

Cardura 1 mg. comp. x 14

Cardura 2 mg. comp. x 28

Ultracal comp. x 30

NEUROLOGÍA:

Dormicum 15 comp. x 30

Dormicum 7, 5 mg. comp. x 20

Etumina comp. x 30

Ibupirac Migra comp. x 20

PEDIATRÍA:

Cofrón jarabe x 120 ml.

Hipoglós crema x 100 g.

Hipoglós crema x 50 g.

Sincerum Biotic L gotas x 5 ml.

Tri-Vi-Fluor gotas x 30 cc.

FLEBOLOGÍA

CVP Duo comp. x 25

CVP Dúo comp. x 50

Flebopom pomada x 15 g.

Flebopom pomada x 30 g.

Venosmil comp.. x 60

Venostasin gel x 50 g..

GINECOLOGIA:

Estracomb TTS x 4/4

Fasigyn comp. 500 mg. x 8

Gynormal crema

Pausafren T comp. gel

Primosiston ampollas

Primosiston comp. x 30

Tamoxifeno 20 mg. x 10

Vagisan óvulos x 12

Premarin crema x 20 g.

Planes que cubre esta cobertura prestacional: SOCIAL.

NATIVA SALUD S. A.

Continuación Dorso Norma de Atención:

PLAN 3: Cobertura Común 40% - PMI 100% a cargo de "NATIVA" de Cobertura en Medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico Ambulatorio de la Provincia de Buenos Aires "I. O. M. A." con las exclusiones de la presente Norma.

Se incorporan los siguientes Medicamentos a la Cobertura detallada precedentemente:

CARDIOLOGÍA

Diovan 80 mg. comp. x 28
Munobal 5 mg. comp. x 30
Tritace 2,5 mg. comp. x 30
Tritace 5 HCT

Tritace 5 mg. comp. x 30

GASTROENTEROLOGÍA

Debridat 200 comp. x 20
Debridat 200 comp. x 40
Debridat B comp. x 30
Dicetel 100 mg. comp. x 30
Miopropan 200 comp. x 30
Miopropan comp. x 20
Miopropan comp. x 40
Miopropan T comp. x 20
Miopropan T comp. x 50
Pasminox 40 comp. x 20
Pasminox 40 Somático comp. x 20

UROLOGÍA:

Cardura 1 mg. comp. x 14
Cardura 2 mg. comp. x 28
Ultracal comp. x 30

NEUROLOGÍA:

Dormicum 15 comp. x 30
Dormicum 7, 5 mg. comp. x 20
Etumina comp. x 30
Ibupirac Migra comp. x 20

PEDIATRÍA:

Cofrón jarabe x 120 ml.
Hipoglós crema x 100 g.
Hipoglós crema x 50 g.
Sincerum Biotic L gotas x 5 ml.
Tri-Vi-Fluor gotas x 30 cc.

FLEBOLOGÍA

CVP Duo comp. x 25
CVP Dúo comp. x 50
Flebopom pomada x 15 g
Flebopom pomada x 30 g.
Venosmil comp. x 60
Venostasin gel x 50 g.

GINECOLOGIA:

Estracomb TTS x 4/4
Fasigyn comp. 500 mg. x 8
Gynormal crema
Pausafren T comp. gel
Primosiston ampollas
Primosiston comp. x 30
Tamoxifeno 20 mg. x 10
Vagisan óvulos x 12
Premarin crema x 20 g.

Planes que cubre esta Cobertura Prestacional: FAMILIA