



Abril 2012

**OBRA SOCIAL:  
TOP MEDICAL MEDICINA PREPAGA**

Nombre Completo: TOP MEDICAL SRL Para los afiliados de Top Medical Medicina Prepaga

Nº de CUIT: 30-71009977-0 - Cód. del O.S.: 00920

Dirección: Belgrano Nº242 – Junín

DESCUENTO:	OS: Afiliado:	Control Colesterol
TOP MEDICAL Plan Celeste/Azul	40% 60%	Control glucosa
TOP MEDICAL Euro	40% 60%	Control Glucotrend 2
TOP MEDICAL Verde	40% 60%	Control Glucotrend 2 Plus
TOP MEDICAL Dorado	40% 60%	Control Precision QID
TOP MEDICAL Turquesa	40% 60%	Determ. Cetonas en sangre
TOP MEDICAL Sepia	40% 60%	Determ. Glucosuria/cetonuria
TOP MEDICAL Familiar	40% 60%	Determ. Sangre en mat. fecal
TOP MEDICAL Exel	40% 60%	Determinación de glucosuria
TOP MEDICAL Junior	40% 60%	edulcorante
TOP MEDICAL Plan A	40% 60%	Inductor de ovulación
TOP MEDICAL Plan Plateado	40% 60%	jabon (Forma Fca.)
TOP MEDICAL Plan Sepia A	40% 60%	leches enteras/descremadas (Forma Fca.)
<b>Plan Especial</b>	<b>100% -----</b>	Medio de diagnóstico
TIPO DE RECETARIO:		Medio de contraste no iónico
Oficial: SI (1) Otro: NO		Medio de contraste p/IRM
VALIDEZ DE LA RECETA: 10 días corridos		Medio de contraste p/RMN
TROQUELADO: SI (con código de barras)		Medio de contraste para ultrasonido
FECHA DE EXPENDIO: SI		shampoo/jabón líquido (Forma Fca.)
ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nro. DE MATRICULA:		Test cutáneo
Con sello: SI Manuscrito: SI		Test de alcoholemia
ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES:		Test de embarazo
Letras: SI Números: SI		Test de fertilidad
ENMIENDAS SALVADAS:		Test de ovulación
Por el Médico: SI		Test p/Helicobacter pylori
Por el Farmacéutico: SI		Test rápido de diagnóstico cardíaco
Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI		Tiras Reactivas (Forma Fca.)
DEL RESUMEN:		Tratamiento de la obesidad, Fármaco antiobesidad no sistémico
Planilla: Carátula On Line		Reconocimiento bajo normas especiales (solo con autorización previa):
Cantidad: 1 (Una)		Según Clasificación Manual Farmacéutico:
Presentación: Mensual		Antibiótico tuberculostático
Facturación: todo en una sola presentación.		Antileucémico, Antineoplásico, citostático
COBERTURA DEL SERVICIO: Para toda la Provincia de Buenos Aires.		Fórmula de continuación
DE LA PRESCRIPCION:		Fórmula de inicio
Cantidad Máxima de:		Fórmula hipoalérgica
PRODUCTOS POR RECETA: 2 (dos), de distinto principio activo.		Fórmula infantil
UNIDADES POR TAMAÑO: 1 (uno) mediano o grande por receta, si se encuentra prescripto como tal.		Fórmula p/ lactante antireflujo
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES:		Fórmula p/lactantes
Env. Individual: 5 (cinco) - Multidosis: 1 (uno)		Fórmula p/lactantes s/lactosa
RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:		Fórmula para prematuros
TOP MEDICAL PLAN CELESTE/AZUL/PLAN A: Se reconocerán los medicamentos de venta bajo receta y con troquel (prescriptos por genérico) incluidos en Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, con las siguientes exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico:		Leches maternizadas - Forma Fca.
Adelgazante/Anorexígeno/Anorexígeno lipolítico		Leches medicamentosas - Forma Fca.
antiartrósicos		soluciones parenterales
Contraste radiológico		<u>TOP MEDICAL SEPIA, SEPIA A, VERDE, DORADO, PLATEADO, EURO, TURQUESA, FAMILIAR, EXEL y JUNIOR</u> : Reconocen únicamente los productos incluidos en el Vademécum L.P.F. MEDICINA INTEGRAL.
Control Accu-Chek Active		<b>Plan Especial 100%: se reconocerán con cobertura del 100% a cargo de la O.S., todos los medicamentos prescriptos, en cuyas recetas figure el sello "COBERTURA ESPECIAL 100", independientemente de la cobertura que indique el recetario.</b>
Control Accu-Chek Sensor		<b>MUY IMPORTANTE:</b>
Control Accutrend GC		Todo medicamento (incluido o excluido del vademécum) cuyo precio final sea igual o superior a \$200 debe tener autorización previa de auditoría médica. Dicha autorización debe ser tramitada por el afiliado.
Control Accutrend Sensor		El personal jerárquico que está en condiciones de autorizar dichos medicamentos es:
Control Ascensia Entrust		Dr. IURESCIA, Marcelo
		Dra. DADDIEGO, Mónica
		<b>Todo medicamento que no se encuentre incluido en el vademécum, y cuyo precio de venta al público sea menor a \$200, podrá dispensarse únicamente si en la receta consta el sello "AUTORIZADO", no siendo necesaria la firma del personal jerárquico.</b>

**OBSERVACIONES:**

(1) Recetarios oficiales:

Para Plan Celeste, Plan Azul, Plan Sepia, Plan Verde, Plan Dorado, Plan Euro, Plan Familiar, Plan Turquesa, Plan Excel, Plan Junior. fondo blanco, letras rojas, logo rojo, con la leyenda Top Medical con el correspondiente Plan".

Adjuntar copia de ticket 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.