## POLICÍA FEDERAL

OBRA SOCIAL DE LA POLICÍA FEDERAL ARGENTINA

# NORMAS DE PRESTACIÓN

Verifique que esté cumplimentado el casillero **“Servicio Emisor”**

***RECETARIO:*** AMBULATORIO: Oficial

INTERNADO: Oficial, con sello “Enfermo Internado 100% a

cargo Obra Social “, AUTORIZADA por medico auditor.

**Marzo/19**: los recetarios son descargados por el afiliado desde la página web de la Superintendencia de Bienestar de P.F.A., por lo que pueden presentarse sin número y en blanco y negro.

Asímismo se informa que seguirán en vigencia los anteriores recetarios (color celeste) hasta agotar stock.

P. M. INFANTIL: Va en hoja aparte.

**Prescripción por Nombre Genérico y Comercial**

***% A/C O.SOC.:*** AMBULATORIO: **50%** a cargo de la obra social.

INTERNADO: **100%** a cargo de la obra social.

## VALIDEZ DE

***LA RECETA:*** **30** días a partir de la fecha de prescripción.

***PRESCRIPCIONES***

***POR RECETA:*** AMBULATORIO: Hasta **2** prescripciones por receta

INTERNADO: Sin Límite en RECETA AUTORIZADA.

***CANTIDAD DE***

***MEDICAMENTOS:*** \* 1 chico por prescripción.

\* Solo 1 envase mediano ó grande por receta con Leyenda Tratamiento Prolongado de puño y letra del médico.

No se reconoce el expendio de productos que contengan:

**CITRATO DE SILDENAFIL**

**ORLISTAT**

**ETANERCEPT**

* Pueden ser 2 chicos tan solo en ***una de las prescripciones.***

**Iny. ANTIBIÓTICOS**: Hasta **4** unidades. Multidosis: 1

**SUEROS:** SI **MAT. DESCARTABLE**: SI

**RADIOPACOS**: SI  **CITOSTATICOS**: NO

**COSM. DERMATOLOGICA**: SI, por Dermatólogo

**ANTICONCEPTIVOS**: SI, por Ginecólogo.

No se reconoce el expendio de productos que contengan:

* **CITRATO DE SILDENAFIL**
* **ORLISTAT**
* **ETANERCEPT**

**FORM. MAGISTRALES**: SI, Alopáticas, con leyenda Receta Magistral

**TIRAS REACTIVAS**: SI con el 50%

***TROQUELADO:*** SI

***OBSERVACIONES:***

***RECONOCE***: con el 100% de desc., BOLSAS DE COLOSTOMIA, en receta prescripta por proctólogo ó cirujano. AUTORIZADA POR LA OBRA SOCIAL.

***NO RECONOCE***: Medicamentos de Venta Libre, Accesorios, Edulcorantes, Guías para sueros,

Elementos de diagnóstico.

**OBSERVAR QUE TODA RECETA SEA RECETARIO DE FARMACIA ( Nº 4 )**

**NO olvidar: SELLO de FARMACIA, FIRMAR la receta y colocar el CÓDIGO de Fcia.**

***EXIJA CARNET DE AFILIADO PARA LA DISPENSACIÓN.***

🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜

Verifique que esté cumplimentado el casillero **“Servicio Emisor”**

***POLICÍA FEDERAL***

OBRA SOCIAL DE LA POLICÍA FEDERAL ARGENTINA

Debe acompañar la receta con **FOTOCOPIA** del **CARNET** de afiliado

***NORMAS DE PRESTACIÓN***

***PLAN MATERNO INFANTIL***

***BENEFICIARIOS:*** Madre: Durante el embarazo y hasta 45 días después del parto.

Hijo: Durante el 1er año de vida.

**INCLUYE MEDICAMENTOS Y LECHES** (Leches hasta el 6to

mes \*, luego abona el 50% 4 Kg. por mes; ver aclaración al pie de la página).

***RECETARIO:*** Oficial con sello “Beneficio Madre e Hijo a cargo de la Obra Social

el 100%. Resolución D.I. 119”, **AUTORIZADO** por la Obra Social,

firma y sello del médico Auditor.

**Marzo/19**: Ídem a ambulatorio + la autorización del médico Auditor.

***% A/C O.SOC.:*** Ambulatorio e Internado: **100%** a cargo de la O. Social

***VALIDEZ DE***

***LA RECETA:*** **30** días a partir de la fecha de prescripción.

***PRESCRIPCIONES***

***POR RECETA:*** AMBULATORIO: Hasta **2** prescripciones por receta

INTERNADO: Sin Límite

***CANTIDAD DE***

***MEDICAMENTOS:*** 1 chico ó del 2do tamaño por prescripción. Pudiendo ser 2 chicos ó

del 2do tamaño UNA DE LAS PRESCRIPCIONES. Para el 3er

tamaño con leyenda “Tratamiento Prolongado” de puño y letra del

No se reconoce el expendio de productos que contengan:

* **CITRATO DE SILDENAFIL**
* **ORLISTAT**
* **ETANERCEPT**

médico prescribiente.

Iny. ANTIBIÓTICOS: Hasta **4** unidades por receta. Multidosis: 1

**SUEROS**: SI

**Radiopacos**: SI **Citostáticos**: NO **Leches Maternizadas**: SI

**Alimentos Dietéticos**: SI **Cos. Dermatológica**: SI

Fórmulas Magistrales: SI (Ídem a común) Material Descartable: SI

**Anticonceptivos:** SI, para uso terapéutico prescripto por

Médico Ginecólogo.

***TROQUELADO:*** SI

***OBSERVACIONES:*** Ídem a cobertura común.

**\*Reconoce LECHES de la siguiente manera:**

* **LECHES EN POLVO: Hasta los 3 meses: DOS (2) kilos por mes; de los 3 a 6 meses: UN (1) kilo por mes.**
* **LECHES LÍQUIDAS: Hasta los 3 meses: DOS (2) packs de 30 bricks por mes; de los 3 a 6 meses: UN (1) pack de 30 bricks por mes.**

**En ambos casos, sin distinción de marcas y siempre AUTORIZADAS por la O. Social.**

**NO olvidar: SELLO de FARMACIA, FIRMAR la receta y colocar el CÓDIGO de Fcia.**

***EXIJA CARNET DE AFILIADO PARA LA DISPENSACIÓN*** 🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜🙜