

**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.

P.M.INFANTIL: Va en hoja aparte.

**% A/C O.SOC.:**

AMBULATORIO: 50% a cargo de la obra social.

INTERNADO: 100% a cargo de la obra social.

**Prescripción por  
Nombre Genérico y  
Comercial**

**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.

• 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.

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

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

No se reconoce el expendio de productos que contengan:  
**CITRATO DE SILDENAFIL ORLISTAT ETANERCEPT**

**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 ( N° 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

## **NORMAS DE PRESTACIÓN** **PLAN MATERNO INFANTIL**

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

**BENEFICIARIOS:** Madre: Durante el embarazo y hasta 45 días después del parto.  
Hijo: Durante el 1er año de vida.  
**INCLUYE MEDICAMENTOS Y LECHE** (Leches hasta el 6<sup>to</sup> mes, luego abona el 50% 4 Kg. por mes).

**RECETARIO:** Oficial con sello "Beneficio Madre e Hijo a cargo de la Obra Social el 100%. Resolución D.I. 119", **Autorizada** por la Obra Social, firma y sello 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 2<sup>do</sup> tamaño por prescripción. Pudiendo ser 2 chicos ó del 2<sup>do</sup> tamaño UNA DE LAS PRESCRIPCIONES. Para el 3<sup>er</sup> tamaño con leyenda "Tratamiento Prolongado" de puño y letra del médico prescribiente.

No se reconoce el expendio de productos que contengan:

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

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 **LECHE SANCOR BEBE, LÍQUIDA Y EN POLVO**, siempre **AUTORIZADA** 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**

