

## Boreal \_ Cobertura de Medicamentos en Ambulatorio \_ Normativa Vigente

### Planes BOREAL:

Plan	Recetario válido	%Dto.	Limite de prescripción por recetario
A 2	Recetario oficial de BOREAL	DTO. 50%	Hasta 3 medicamentos
<b>A 3</b>	<b>Recetario oficial de BOREAL o Rp común del Médico con validacion</b>	<b>DTO. 50%</b>	<b>Hasta 3 medicamentos</b>
EXT.DE COBER.	Recetario oficial de BOREAL	DTO. 40%	Hasta 2 medicamentos
SUB DE DESEMP.	Recetario oficial de BOREAL	DTO. 40%	Hasta 2 medicamentos
BASICO-CLASICO	Recetario oficial de BOREAL	DTO. 40%	Hasta 2 medicamentos
<b>VIP</b>	<b>Recetario oficial de BOREAL o Rp común del Médico con validacion</b>	<b>DTO. 40%</b>	<b>Hasta 2 medicamentos</b>
CLÁSICO	Recetario oficial de BOREAL	DTO. 40%	Hasta 2 medicamentos
M1	Recetario oficial de BOREAL	DTO. 40%	Hasta 2 medicamentos
M2	Recetario oficial de BOREAL	DTO. 50%	Hasta 2 medicamentos
PMO	Recetario oficial de BOREAL	DTO. 40%	Hasta 2 medicamentos
PMO-OSSIMRA	Recetario oficial de BOREAL	DTO. 40%	Hasta 2 medicamentos
PMOE	Recetario oficial de BOREAL	DTO. 40%	Hasta 2 medicamentos
GENUINOS	Recetario oficial de BOREAL	DTO. 40%	Hasta 2 medicamentos
<b>MAGNUM</b>	<b>Recetario oficial de BOREAL o Rp común del Médico con validacion</b>	<b>DTO. 50 %</b>	<b>Hasta 3 medicamentos</b>

**Validez del recetario:** 60 días de la fecha de emisión, impreso en el recetario.

**Validez de la prescripción:** Hasta 10 días corridos

**Facturación:** Mensual (del 1 al 31 de cada mes)

**Presentación:** del 1 al 10 de cada mes

**Refacturación :** Serán refacturables las recetas hasta 30 días posteriores de la fecha de devolución tomando como referencia la indicada en el sello de Boreal facturación.-

**Cantidad de medicamentos:**

1 por prescripción, mayor cantidad con previa autorización de BOREAL.

Antibióticos iny: Monodosis hasta 3 unidades

## **Boreal \_ Cobertura de Medicamentos en Ambulatorio \_ Normativa Vigente**

Antibióticos iny: Multidosis hasta 1 unidad por receta

**Vacunas:** sólo con autorización de BOREAL (excepto vacuna antitetánica que no requiere autorización previa).

**Dermatológicos:** únicamente prescritos por dermatólogos. **Sin cobertura champúes, jabones medicinales y lacas (están todos excluidos).**

**Oftalmológicos:** si, siempre que sean prescritos por médicos oftalmólogos

**Troquel con código de barras:** SI (requisito indispensable en todos los casos)

### **PRINCIPIOS ACTIVOS CON COBERTURA, QUE NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS A PARTIR DEL 01/05/2009:**

- Isotretinoína.
- Vasodilatadores Periféricos: Pentoxifilina. Blufomedil. Cilostazol.
- Antihipertensivos: Losartán, Irbesartán. Candesartan, Telmisartán, Olmesartán, Valsartán.
- Tibolona
- Plantago Psyllium ( Metamucil, Konsyl, Motional, Salutaris)
- Plantago Ovata Forsk ( Agiofibras, Plantaben)
- Plantago Ovata Forsk + Cassia Angustifolia vahl ( Agiolax, Gelax, Kronolax, Rapilax Fibras)
- Multivitamínicos que en su fórmula no contengan Ginseng y Vitamina E como componente principal en su formulación.

**NO SE RECONOCE:** Radiópacos y/o medios de diagnósticos. Soluciones parenterales. Citostáticos. Anorexígenos. Lipolíticos. Leches, alimentos y/o suplementos nutricionales. Albúmina humana. Aminoácidos. Productos cosmetológicos. Anestésicos en general. Medicamentos de uso en internación. Hormonas y/o drogas estimulantes de las gónadas femeninas y masculinas. Inmunomoduladores ( estimulantes y supresores ). Calcitonina. **Anabólicos.** Sildenafil, Vardenafil, etc.. Orlistat. Sibutramina. Medicamentos con Ginseng y/o Vitamina E. Synvisc. Antipsicóticos ( **Olanzapinas** ). Prevenar, Rotarix, Neisvac-c. Drogas Anti HIV. Venta Libre. Material descartable. Anticonceptivos. Etanercept. Verteporfina. **Glucosamina.** Cartílago de Tiburón. **Insaponificables de palta-soja.** Esclerosantes venosos en general. NUTRIENTES DÉRMICOS ( Dermaglos, Euroderm A, **Hipoglós** y similares). Carnitina sola y/o asociada. Bupropión. Gamaglobulina Humana+Histamina. Gammaglobulina polivalente. Laxantes en general. Apomorfina. Medicamentos con aminoácidos. Coadyuvantes en oncología. Eritropoyetina. Fórmulas Magistrales. Hormonas de crecimiento. Jabones y champúes medicinales. Lacas para uñas. Pediculicidas. Medicamentos para el Alzheimer (Donopecilo, **Rivastigmina**). **Mebeverina. Antimigrañosos ( derivados de la ergotamina ).**

**SE RECONOCEN CON AUTORIZACIÓN PREVIA DE BOREAL:** Medicamentos con: Heparinas de bajo peso molecular. Gamma glubulina Anti D. Leflunomida.

## **Boreal \_ Cobertura de Medicamentos en Ambulatorio \_ Normativa Vigente**

Dabigatrán etexilato.

**Todo medicamento con valor mayor a \$ 340,00.-, debe llevar autorización de AUDITORIA MÉDICA y/o FARMACÉUTICA DE BOREAL.**

### **A partir de Diciembre de 2002:**

1. Si el médico prescribe un medicamento por su nombre genérico, Ud. podrá ofrecer a nuestros socios productos de diferentes costos pero con igual droga o principio activo, concentración, forma farmacéutica y tamaño (igual o menor) y por lo tanto la misma acción farmacéutica.
2. Si el médico prescribe un medicamento por su nombre de fantasía, Ud. podrá ofrecer a nuestros socios productos más económicos que el prescripto, pero con igual droga o principio activo, concentración, forma farmacéutica y tamaño (igual o menor) y por lo tanto la misma acción Farmacéutica.
3. Se reconocen productos genéricos con estuche y **TROQUEL**, siempre que figuren en Manual Farmacéutico con precio público sugerido.
4. No se reconocen medicamentos con **TROQUELES ANULADOS**.

--/--