



OSPACA

Facturación Mensual

Obra Social Personal del Automóvil Club Argentino

NORMAS DE PRESTACIÓN

Medicamentos de Uso Ambulatorio:

PLANES	COBERTURA	VADEMÉCUM	AUTORIZACIÓN	ASISTIR
AZUL GENUINO (OS01)	50%	NO	SÍ	Carla González ó Jaqueline Díaz
AZUL (OS01)	50%	SI	NO	
NARANJA(OS02)	40%	SI	NO	
BLANCO (OS01)	40%	SI	NO	
PLAN MATERNO Y MATERNO INFANTIL	100%	SI	SÍ	Auditoría de Asistir
INTERNACION	100%	NO	SÍ	Auditoría de Asistir

VALIDEZ DE LA RECETA:

10 días a partir de la fecha de prescripción.

■ Facturación mensual. Por **SEPARADO Ambulatorio** de **Internado y Plan Materno Madre del Plan Materno Hijo**).

■ En el **Plan Materno Infantil** se reconoce **TODO LO AUTORIZADO** (tanto leches como medicamentos).

Pero, de las siguientes monodrogas, se aceptan únicamente los nombres comerciales que se especifican a continuación.

Monodrogas	Reconocido	No Reconocido
Ácido Filofago	Tanvimil Fólico - Ac. Fólico Omega	Acifol - Otros
Betametasona	Betacort gotas - Betasone G	Deltisona B
Fenoximetilpenicilina	Pen Agrand - Pen Oral	
Hierro	Factofer gotas	Ferramín - Fer In Sol

Monodrogas	Reconocido	No Reconocido
Hierro + Asociados	Factofer B12	Ferramín Complex
Ibuprofeno	Ponstin jarabe - Febratic jarabe	Ibupirac
Isoxuprina 10 - 20 mg.	Uterine 10 - 20 mg.	Duvadilán
Metoclopramida	Fonderyl	Reliverán AD
Metoclopramida	Novomit Ped.	Reliverán goats ped.
Metronodazol + micom.	Linfofol cicatrizante	Ginkan - Ginal Cent - otros
Paracetamol	Paracetamol Niños Raffo - Termofren	Actrom
Polivitam. Pronatal	Tanvimil M	Supradyn Pronatal
Simeticona	Aflat gotas	Factor AG gotas
Vitamina A asociada	Adermicina - Hipoglós - Macril	Dermaglós SV
Vitamina ACD	Vitadece gotas- Tanvimil ACD gotas	Tri Vi Sol
Vitamina C gotas	Tanmivil C gotas	Redoxón gotas

NO RECONOCE los medicamentos **VENTA LIBRE** y **productos de DERMATOLOGÍA COSMÉTICA**, aunque los mismos sean autorizados. ■

