



# **PODER JUDICIAL**

Obra Social del Poder Judicial de la Nación

## **NORMAS DE PRESTACIÓN**

### **RECETARIO:**

- **Ambulatorio:** Oficial con datos del afiliado. **Los únicos recetarios con validez son los que tienen la NUMERACIÓN IMPRESA de color verde ó rojo. Por otra parte nos comunican que: los bonos (recetas) identificados con la letra **C** (de color **VERDE**) y **numeración de color NEGRO, SON VÁLIDOS A TODOS LOS EFECTOS** y deben ser aceptados.
  - ✓ **Recetario Verde:** para la atención en **consultorio**.
  - ✓ **Recetario Rojo:** para la atención **domiciliaria**.**
- **Internado:** Oficial con datos del afiliado, sello de **Autorización**, firma y sello del Encargado de la Obra Social, con leyenda **"Paciente Internado Sin Cargo"**, con **diagnóstico y lugar de internación**.

Los datos del afiliado (nombre y N° de afiliado) y la fecha de prescripción deben ser escritos de puño y letra del médico.

**% A/C O.SOC.:** **Ambulatorio: 70 %** a/c Obra Social.

**Internado: 100%** " " "

También sin cargo: Cirugía menor y cambio de yeso.

### **VALIDEZ DE LA RECETA:**

**30 días** a partir de la fecha de prescripción.

### **PRESCRIPCIONES POR RECETA:**

**Ambulatorio:** Hasta **3** prescripciones por receta.

**Internado:** Sin Límite.

### **CANTIDAD DE MEDICAMENTOS:**

**Ambulatorio:** Hasta **1** por prescripción.

Hasta 2 unidades de cualquier tamaño en uno de los renglones con leyenda "Tratamiento Prolongado". Cuando no se especifique tamaño = dispensar el más pequeño. Se entiende por "envase grande" el 2° tamaño

- **Internado:** Sin Límite.

Para dispensar más de 1 y hasta 6 unidades se requiere la leyenda:

**"Tratamiento Prolongado".**

← Iny. ANTIBIÓTICOS: Hasta 6 unidades por receta. Multidosis: 2  
" ANALGÉSICOS: " 2 " " "  
" CORTICOIDES: " 2 " " "  
Soluciones Parenterales: " 2 por receta.  
**Radiopacos: SI Citostáticos: SI**

**Edulcorantes: SI Anorexígenos: SI Anovulatorios: SI Antisépticos: NO**

**Fórmulas Magistrales: NO**

**Cosmética Dermatológica: SI**, únicamente con fórmula terapéutica

**Material Descartable: SI** (En internado y cirugía menor = Sin Cargo)

**Suplementos Dietarios y Nutricionales:** deben estar AUTORIZADOS por Auditoría Médica.

Únicamente en Plan Materno Infantil

{ Leches Maternizadas: SI  
Leches Modificadas: SI

→ 100% de desc. En receta AUTORIZADA y con leyenda "100% a/c O.Soc. P.M.Infantil"

**TROQUELADO:** SI

**OBSERVACIONES:**

- La cantidad de leches y alimentos dietéticos como medicamentos: Para mayor nº de prescripciones y cantidad, receta Autorizada por la O. S. con firma y sello del Encargado.
- La prescripción debe ser por **NOMBRE GENÉRICO** o monodroga, es decir, nombre de la droga, concentración y forma farmacéutica.
- **Si la Fcia. no pudiera cumplimentar el requisito de adjuntar el ticket fiscal a la receta dispensada, se aceptará ticket detallado anotando el número de ticket fiscal o copia del ticket fiscal con la leyenda no fiscal.**
- El médico debe indicar su Nº de PRESTADOR profesional o Institución correspondiente.
  - ✓ 301 para profesionales agrupados en Colegio Médico.
  - ✓ 303 para profesionales agrupados en Asociación de Clínicas y Sanatorios.
  - ✓ 702 para odontólogos.
- **Para la REFACTURACIÓN de recetas debitadas se debe enviar:**
  - ✓ La receta original.
  - ✓ La fotocopia del detalle de la liquidación donde figura el motivo del débito.
  - ✓ Fundamentar el rechazo del débito.
  - ✓ Indicar que se trata de una Refacturación.
  - ✓ Presentarla en forma separada al resto

**NO RECONOCE:** Accesorios Médicos - V. libre - fórmulas magistrales alopáticas y homeopáticas, dentífricos, lociones, champúes - leche Nido ó similares – **EMBREL (Etanercept).**

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

Esta Obra Social nos hizo llegar una RESOLUCIÓN referente a los "**Medicamentos Dietarios y Suplementos Nutricionales**", firmada por su Director General, Dr. Emilio Carlos Henry.

A continuación transcribimos parte de la misma:

El Director General de la Obra Social del  
Poder Judicial de la Nación  
RESUELVE

### **Art. 2°: Cobertura para afiliado internado en sanatorios de pacientes agudos:**

La cobertura de la Obra Social es del 100% para los medicamentos dietarios y suplementos o complementos nutricionales aprobados por la ANMAT, Ministerio de Salud y que figuren en el Manual Farmacéutico como venta bajo receta.

### **Art. 3°: Cobertura para pacientes ambulatorios o internados en instituciones geriátricas o psiquiátricas:**

La cobertura de medicamentos dietarios y nutricionales con la condición de venta bajo receta será del 40%, siempre que así figuren en el Manual Farmacéutico con aprobación del ANMAT. Se mencionan como ejemplos de este tipo de medicamentos a: Pulmocare, Ensure (Fibra, Plus, Postre), Jevity, Nursoy, Alitraq, Alterna, etc.

- **La cobertura del 100% del PMI es sólo para VACUNAS (según calendario de vacunación) VITAMINAS, MINERALES hasta el año de edad y LECHE hasta el 6° mes (siempre AUTORIZADAS). Los demás medicamentos de niños y todos los de ala madre tienen la cobertura del 50%.**
- El N° de afiliación es con el N° de barra correspondiente (afiliados jubilados, pensionados y extraordinarios pueden no tenerlo). Es decir, llevan el N° de barra los afiliados activos y adherentes.
- **Planes Especiales: TODOS con Autorización de la Obra Social.**
  - **Pacientes Diabéticos:**
    - 1) Insulinas: 100% de descuento
    - 2) Antidiabéticos orales: 80% de descuento.
    - 3) Material descartable: 70% de descuento.
  - **Oncológicos:** 100% de descuento.
  - **Ciertos medicamentos neurológicos:** 95% de descuento.
- **Vacuna antigripal:** gratuita para mayores de 65 años. 1 por receta.
- **Vacuna antihepatitis B:** Hasta 3 dosis inyectables por afiliado.

**CÓDIGOS DE DEVOLUCIÓN**

<b>Descripcion del error</b>	<b>COD.</b>
Faltan datos del afiliado: apellido y/o nombre, o N°	<b>10</b>
Vencida la afiliación en el registro de la O. S.	<b>12</b>
Afiliado no esta en el registro de la O. S	<b>14</b>
No coincide N° con apellido del afiliado	<b>16</b>
Diferencia de valores medicamentos (Se adjunta Fotocopia)	<b>20</b>
Error de suma	<b>21</b>
Falta sello de farmacia	<b>23</b>
Falta troquel o incompleto	<b>24</b>
Medicamento no coincide, presentación, tamaño, etc.	<b>28</b>
Accesorios no tienen cobertura (tiras reactivas)	<b>30</b>
Enmienda no salvada por profesional	<b>31</b>
Falta datos medicamentos: presentación, cantidad, N° y letra	<b>32</b>
Falta datos profesional firma o sello o ilegible	<b>33</b>
Falta precio unitario en cada producto	<b>34</b>
Hasta 6 ampollas por receta	<b>35</b>
Medicamento de venta libre	<b>36</b>
Medicamento no coincide % porcentaje	<b>37</b>
Vacuna gripe 1 anual x afiliado	<b>41</b>
No se ajusta a las normas del PMI	<b>48</b>
Cambio de tinta y/o letra	<b>50</b>
Falta autorización del auditor o delegado	<b>52</b>
Falta fecha de emisión o expendio	<b>54</b>
Falta tratamiento prolongado	<b>56</b>
Fecha de expendio, anterior a la de emisión	<b>58</b>
Receta fotocopiada	<b>60</b>
Receta que no pertenece a la O. S	<b>62</b>
Receta vencida, mas de 30 días entre la emisión y la venta	<b>64</b>
Falta bono numerado	<b>66</b>
Otras observaciones	<b>80</b>
Exceso de medicamentos	<b>90</b>

A partir del 1 de Agosto, los productos que a continuación se detallan **NO SERÁN RECONOCIDOS, a no ser que contarán con la AUTORIZACIÓN de la Obra Social.**

1. Leches no maternizadas.
2. Complementos dietarios, nutricionales y leches infantiles, maternizadas o no maternizadas, con o sin condición de venta bajo receta.
3. Productos de venta libre.
4. Productos sin troquel.
5. Oncológicos, quimioterapia antineoplásica, antiandrógeno, antibióticos antineoplásicos, antimetabolito, antileucémicos, hormonosupresor, inhibidor tirosina quinasa.
6. Inmunosupresores.
7. Agentes reductores de plaquetas.
8. Somatotrópicos, análogos de la hormona de crecimiento.
9. Antirretrovirales usados en el tratamiento de SIDA, inhibidores de la proteasa.
10. Relajantes neuromusculares.
11. Medicamentos para tratar la esterilidad.
12. Inmunomoduladores, interferones, neuroprotector para tratamiento esclerosis múltiple.
13. Estimulantes de colonias, factores estimulantes crecimiento granulocitos.
14. Derivados de la sangre, albúmina, inmunoglobulina humana, eritropoyetina, adhesivos hemostáticos, alfa 1 antitripsina, factores antihemolíticos.
15. Antihemorrágicos: anti-inhibidor factor VIII, aprotinina y terlipresina.
16. Trombolíticos de uso endovenoso, fibrinolítico.
17. Heparinas de bajo peso molecular.
18. Anticuerpos monoclonales.
19. Surfactante pulmonar.
20. Insulinas.
21. Material descartable bio-médico: material de curaciones, elementos de diagnóstico, material de cirugía, equipos relacionados con diabetes (tiras reactivas, jeringas, etc.).
22. Productos nutricionales y dietéticos.
23. Productos para uso exclusivo en internación y/o envases de tamaño hospitalario.
24. Fórmulas magistrales, homeopáticas.
25. Análogo sintético de la vitamina D.
26. Filtros solares.
27. Apósitos biológicos.
28. Antimiasténico.

29. Otros:

- Antipsoriásico: alefacept y efalizumab.
- Citotóxico: verteporfina.
- Antiasmático: omalizumab.
- Anticardiotónico: dexrazoxane.
- Neuroprotector: riluzol.
- Anticuerpo monoclonal antiviral sincitial respiratorio (VSR): palivizumab.
- Tratamiento de artritis reumatoidea: infliximab, abatacept, adalimumab y etanercept.
- Tratamiento de hepatitis B crónica: adefovir dipivoxil, entecavir y telbivudine.
- Tratamiento de hepatitis C crónica: interferón alfa 2 A y ribavirina.
- Tratamiento degeneración macular: ranibizumab.
- Tratamiento enfermedad fibroquística páncreas: dnasa humana recombinante.
- Antibiótico: tobramicina amp / fco. Amp. Sol. P/inhal.

**OBRA SOCIAL PODER JUDICIAL**  
**EXCLUSIONES**  
**por DROGA**

5-azacetidina
abacavir
abacavir+lamivudina
abacavir+lamivudina+zidovudina
abatacept
abciximab
activador tisular plasminógeno
adalimumab
adefovir
adefovir dipivoxil
adrenalina
albúmina humana
alefacept
alfa-1-antitripsina
alitretinoína
alprostadil
amifostina
amprenavir
anagrelide
anastrozol
anfotericina b
anfotericina B complejo lipidico
anfotericina B liposomal
anti-inhibidor factor VIII
antitrombina III
aprepitant
aprotinina
asparaginasa
atazanavir
atracurio, besilato
azacitidina
azatioprina
aztreonam
B.C.G. Inmunoterapéutico
basiliximab
bemiparina
bendamustina
bendamustina, clorhidrato
bevacizumab
bicalutamida
bivalirudina
bleomicina
bortezomib
bosentan
bupivacaina
bupivacaina+dextrosa
bupivacaina+epinefrina
busereline
busulfano
cabazitaxel
capecitabina
carboplatino
carmustina
caspofungin
cefepime
cetorelix
cetuximab
ciclofosfamida

ciclosporina	NO SE EXCLUYE CICLOSPORINA DE USO OFTALMICO
ciclosporina p/microemulsión	
cinacalcet	
ciproterona	
cisplatino	
citarabina	
cladribine	
clofarabina	
clorambucilo	
colistimetato, sódico	
copolímero-1	
cultivo de Mycobacterium Bovis	
dacarbazina	
daclizumab	
dactinomicina	
dantroleno	
daptomicina	
dasatinib	
daunomicina	
daunorubicina	
decitabine	
deferasirox	
deferiprona	
degarelix	
denosumab	
dermis porcina	
desflurano	
dexmedetomidine	
dexrazoxane,clorh.	
didanosina	
dietilestilbestrol	
dnasa humana recombinante	
dnasa alfa recombinante	
dobutamina	
docetaxel	
dopamina	
doripenem	
doxercalciferol	
doxorrubicina liposomal	
doxorubicina	
drotrecogin alfa activado	
efalizumab	
efavirenz	
emtricitabina	
emtricitabina+tenofoviridisoprox.	
enflurano	
enoxaparina	
enoxaparina sódica	
entecavir	
epirubicina	
eritropoyectina recomb.humana	
erlotinib	
ertapenem	
esmolol	
estramustina	
estreptoquinasa	
etanercept	
etopósido	
everolimus	
exemestano	
exenatida	
factor IX	

factor VIII	
factor VIII+fact.von Willebrand	
factores de coagulación	
fce-hr	
fentanilo	
fentanilo+droperidol	
fibrinógeno humano	
filgrastim	
fingolimod	
fludarabina	
flumazenil	
fluorouracilo	NO SE EXCLUYE FLUOURACILO CREMA / UNGÜENTO
flutamida	
folitrofina beta	
folitropina alfa+lutropina alfa	
fondaparinux	
fosamprenavir	
foscarnet	
fsh	
fsh+lh	
fulvestrant	
gammaglobulina	
gammaglobulina polivalente	
ganirelix	
gefitinib	
gelatina modificada	
gemcitabina	
gentuzumab-ozogamicin	
glatiramer, acetato	
gonadotrofina coriónica	
goserelin,acetato	
halotano	
heparina (frasco ampolla)	NO SE EXCLUYE HEPARINA GEL / POMADA
hialurónico, c.	NO SE EXCLUYE HIALURÓNICO DE USO OFTÁLMICO
hialurónico, c+asoc.	NO SE EXCLUYE HIALURÓNICO DE USO OFTÁLMICO
hidroxietil	
hidroxiurea	
histrelina,acetato	
idarrubicina	
ifosfamida	
iloprost	
imatinib	
imiglucerasa	
imipenem+cilastatin	
indinavir	
infiximab	
inhibidor c1-esterasa	
inmunocianina	
inmunog. antilinfocito t humana	
inmunoglobulina anticitomegalov.	
inmunoglobulina antihepatitis B	
inmunoglobulina contra varicela	
inmunoglobulina humana	
insulina aspartato	
insulina bovina	
insulina detemir	
insulina glargina	
insulina glulisina	
insulina humana	
insulina humana modificada	
insulina porcina	
interf beta 1 a recombin hum	

interferón a2b+ribavirina	
interferón alfa 2 A	
interferón alfa 2 B	
interferón alfa 2 B pegilado	
interferón beta	
interferón gamma	
interferon alfa-2b recomb	
interferon beta-1a recomb	
interleukina-2 humana recomb.	
irinotecan	
isoflurano	
isoproterenol	
ketamina	
lacosamida	
lamivudina	
lamivudina+tenofovir	
lamivudina+zidovudina	
lamivudina+zidovudina+abacavir	
lamivudina+zidovudina+nevirapina	
lanreótido	
lapatinib	
laronidase	
lenalidomida	
lenograstin	
letrozol	
leucovorina	
leuprolide,acetato	
levosimendan	
lidocaina+adrenalina	
linezolid	
liraglutida	
lomustina	
megestrol	
melfalano	
meperidina	
mepivacaina	
mercaptopurina	
meropenem	
mesna	
metaraminol	
metil 5-aminolevulinato	
metotrexato frasco/amp	NO SE EXCLUYE METOTREXATO COMPRIMIDO
metoxipolietilenglicol-epoetina	
micofenolato mofetil	
micofenolato sódico	
mitomicina	
mitoxantrona	
mivacurium,clorh.	
molgramostim	
morfina,sulfato	
mycobacterium bovis	
nadroparina c lica	
nafarelina	
naloxona	
nelfinavir	
neostigmina	
nevirapina	
noradrenalina	
octreotida	
omalizumab	
onabotulinumtoxina	
ornidazol	

oxaliplatino	
paclitaxel	
palivizumab	
pancuronio,bromuro	
panitumumab	
papaverina	
paricalcitol	
parsol MCX+asoc.	
pazopanib	
peginterferón Alfa 2-b	
pegvisomant	
pemetrexed	
piperacilina	
piperacilina+tazobactam	
piridostigmina	
poractant alfa	
porfímero sódico	
posaconazol	
pralidoxima	
precursores fibrina humana	
procaína	
propanidida	
propofol	
protamina	
raltitrexida	
ranibizumab	
ribavirina	
riluzol	
ritonavir	
ritonavir+lopinavir	
rituximab	
rivaroxaban	
romiplostin	
sapropterina	
saquinavir	
sevelamer	
sevoflurano	
sirolimus	
somatostatina	
somatropina	
sorafenib	
stavudina	
succinilcolina	
sunitinib	
surfactante pulmonar	
tacrolimus	NO SE EXCLUYE TACROLIMUS UNGÜENTO
tamoxifeno	
tegafur+uracilo	
teicoplanina	
telbivudine	
temozolomida	
tenipósido	
tenofovir disoproxil	
teriparatida	
terlipresina	
tetrabenazina	
tigeciclina	
timosin alfa 1	
tioguanina	
tiopental sódico	
tipranavir	
tirofiban	

tobramicina (amp/inhal)	NO SE EXCLUYE TOBRAMICINA DE USO OFTALMICO
tocilizumab	
topotecan	
toxina botulinica tipo a	
trabectedine	
transretinoico, c.	
trastuzumab	
trióxido arsénico	
triptorelina	
valganciclovir	
vancomicina	
vecuronio,brom.	
verteporfin	
vinblastina	
vincristina	
vinflumina	
vinorelbine	
voriconazol	
zalcitabina	
zidovudina	
zoledrónico, c.	

**Además, excluir:**

- \* **Envases hospitalarios**
- \* **Medicamentos fraccionados**
- \* **Mirena 52 mg endoceptivo x 1**

Los medicamentos escritos en rojo son los últimos incorporados en el listado