

(09/01/2025)

**VALIDACIÓN ON LINE**

Ingresar al Observer Gestión a un único plan "SIMEPA on line".

Cargar como número de afiliado el DNI del paciente.

Las respuestas arrojadas en la validación son las resultantes según el plan del afiliado. A saber:

**COBERTURAS Y DESCUENTOS**

Según validación

	a/c SIMEPA	a/c Beneficiario	Con Form Ter.	Con Manual Fco.
Ambulatorio Plan Integral (2A – OP – 2M) y Plan Plus (PL y PY) (2)	40%	60%	NO	SI
Ambulatorio Plan 3V – 3G (2)	40%	60%	SI (7)	NO
Plan Materno Infantil Plan Integral (Incluye 2A – OP – 2M) y Plan Plus (PL y PY) (1-2)	100%	0%	SI (9)	NO
Plan Materno Infantil Plan 3V – 3G (1-2)	100%	0%	SI (9)	NO
Diabéticos – Insulina (3)	100%	0%	SI (8)	NO
Diabéticos – Hipoglucemiantes orales (4)	70%	30%	SI (8)	NO
Diabéticos – Accesorios (cintas reactivas, lancetas, etc) (5)	70%	30%	SI (8)	NO
Anticonceptivos (2-6)	40%	60%	NO	SI
	100%	0%	SI	NO
Discapacidad (2)	100%	0%	NO	SI
Transplantados (2)	100%	0%	NO	SI

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé. En la embarazada sólo ácido fólico, vitaminas y hierro. En el Recién Nacido: hierros, ibuprofeno y paracetamol.
- (2) BONIFICACIÓN A CARGO DE LA FARMACIA: Es el 5% sobre el 100% de la receta. Esta bonificación será debitada al momento que la obra social abone la prestación.
- (3) BONIFICACIÓN A CARGO DE LA FARMACIA: SIMEPA percibe un descuento del 15% sobre el precio unitario del medicamento y tomando como base el precio sugerido al público.
- (4) BONIFICACIÓN A CARGO DE LA FARMACIA: Es el 10% sobre el 100% de la receta. Esta bonificación será debitada al momento que la obra social abone la prestación.

- (5) BONIFICACIÓN A CARGO DE LA FARMACIA: Es el 15% sobre el 100% de la receta. Esta bonificación será debitada al momento que la obra social abone la prestación.
- (6) RECONOCIMIENTO: En afiliadas entre 18 y 48 años de edad, la cobertura es del 100% a cargo de SIMEPA, solo las siguientes asociaciones:
  - 6-1) Estradiol + medroxiprogesterona
  - 6-2) Estradiol + noretisterona
  - 6-3) Levonorgestrel
  - 6-4) Ciproterona+ etinilestradiol
  - 6-5) Etinilestradiol + norgestimato
  - 6-6) Levonorgestrel + etinilestradiol
  - 6-7) Etinilestradiol + gestodeno
  - 6-8) Desogestrel + etinilestradiol
  - 6-9) Dihidroxiprogesterona + estradiol
  - 6-10) Desogestrel

El resto de las asociaciones, tendrán 40% de cobertura.

- (7) Formulario Terapéutico del plan 3V – 3G.
- (8) Formulario Terapéutico del plan Diabetes.
- (9) Formulario Terapéutico del plan PMI

**RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL**

PLAN	PRESCRIPCIÓN Por nombre	DIAGNOSTICO	RECETA	VALIDEZ REC.	TROQUEL	FIRMA ACLARAC. MED
3V – 3G INTEGRAL PLUS (PL y PY)	Genérico (DCI)	SI	PARTICULAR (A-B-C-D) o Digital (E)	30 días	SI	Sello: SI

- A) La receta deberá contener:
  - A-1) Denominación de la Entidad: SIMEPA.
  - A-2) Número de afiliado
  - A-3) Nombre y apellido del paciente.
  - A-4) Fecha de prescripción
  - A-5) Prescripción de los medicamentos por su nombre genérico.
  - A-6) Firma y sello con el número de matrícula del profesional
  - A-7) Cantidad prescrita en número arábigo y letra
- B) Se podrán aceptar recetarios con publicidad de medicamentos.
- C) Las recetas del PLAN DIABÉTICO deben tener medicación específica. Por ejemplo: Insulina, Hipoglucemiantes Orales y accesorios para el control de la diabetes (cintas, lancetas, etc).
- D) No es necesario adjuntar la copia del ticket fiscal, aunque si es obligatorio anexar el ticket de validación emitido por Observer Gestión a la receta.

**(09/01/2025)**

- E) Recetario Digital: son válidos los recetarios de todas las plataformas. El afiliado debe concurrir a la farmacia con la receta impresa y la farmacia presentarla anexada al ticket de validación.

**MEDICAMENTOS POR RECETAS**

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	Cant. (a) Plan 3V-3G -Plan Integral Plan Plus
AMBULATORIO	2
PLAN MATERNO INFANTIL	3
DIABETICOS (b)	Lo autorizado

- a) NO se cuentan repetidos.

**UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO**

TAMAÑO (a-b)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	2
SUBSIGUIENTE AL CHICO	2
GRANDE (3° TAMAÑO o más)	2
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	3

- a) En una misma receta pueden coexistir dos o más medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.  
 b) El médico puede prescribir más de 2 unidades por medicamento, debiendo colocar la leyenda "TRATAMIENTO PROLONGADO" y se deberá autorizar la receta por Auditoría Médica.

**PRODUCTOS NO RECONOCIDOS**

- a) Medicamentos y productos de venta libre.  
 b) Anestésicos en general. Ej Pentothal-Fluorthane-Xylocaina-Etc.  
 c) Anorexígenos.  
 d) Fibrinógeno-Plasma- Factores Antihemofílicos  
 e) Fórmulas magistrales alopáticas.  
 f) Jabones y champús.  
 g) Leches.  
 h) Material de curación (Alcohol, Agua oxigenada, Gasas, etc.)  
 i) Material descartable y accesorios, salvo lo autorizado por Auditoría Médica.  
 j) Medicamentos que figuran en el Listado de Medicamentos Excluidos de SIMEPA.  
 k) Pastas o líquidos dentífricos para la higiene bucal.  
 l) Productos Homeopáticos.  
 m) Solventes indoloros.  
 n) Varios: BAGOVID (todos), BODYMANAN, BONAMIL POLVO, COLSALT, ENSURE PLUS, DERMAGLOS,

GLUCOYOR, HIPOGLOS, KAS 1000, NUTRADERM, NUTRALCON, PROTEIGENO, REDICRESS, REGUDIG, SECALBUM, Y SUSTAGEN-M, salvo Emulsiones x 400 ml con Vitamina A+ Alantoína + Asociados durante el transcurso del embarazo y hasta 1 envase por mes.

- o) En el Plan Diabéticos, quedan excluidos de cobertura los medicamentos no específicos de la patología diabética.  
 p) Medicamentos con TROQUEL INSTITUCIONAL (troqueles anulados o modificados).  
 q) Geles: TODOS.  
 r) Medicamentos incluidos en el Listado de Medicamentos Oncológicos y para Tratamientos Especiales.

**PRODUCTOS RECONOCIDOS**

- a) En Plan Integral y Plan Plus, medicamentos incluidos en el Manual Farmacéutico o Kairos, excepto los medicamentos incluidos en el Listado de Medicamentos No reconocidos en todos los planes.  
 b) Emulsiones x 400 ml con Vit A+Alantoína + asociados, durante el embarazo, hasta 1 envase x mes.  
 c) En el plan 3V :3G, todos los nombres comerciales y presentaciones de aquellos principios activos incluidos en el formulario terapéutico del plan.  
 d) Material Radiológico. Ambulatorio: 40% a/c obra social. Internado: 100% a/c obra social.  
 e) Albúminas con previa autorización.  
 f) En Plan Integral y Plan Plus, medicamentos que contengan la monodroga SILDENAFIL, recetados únicamente por médico especialista urólogo.  
 g) En Plan Diabéticos: Insulinas (de cualquier tipo), Hipoglucemiantes orales y accesorios para el control de la diabetes (Cintas, lancetas, etc.)  
 h) Medicamentos cuyo precio de venta al público supere los \$100.000 (pesos: cien mil), únicamente con autorización previa.

**AFILIACIÓN**

Se acredita con CREDENCIAL física o digital y DNI.

(09/01/2025)



**PRESENTACIÓN**

Se presenta mensualmente en segunda quincena.

(09/01/2025)