

Fecha de Vigencia: 23/12/2024

MEDICUS		
1. AMBITO DE APLICACIÓN:		
<ul style="list-style-type: none"> • Todo el país 		
2. DESCUENTOS		
<i>Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor vigente al día del expendio, que figuran en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos.</i>		
Plan:	A cargo del afiliado:	A cargo de la entidad:
Ambulatorio	Según plan que corresponda.	40%, 50%, 60%, etc (según plan)
PMI	0%	100%
CRONICOS	30%	70%
AUTORIZADOS	0%	100%
3. REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES		
<ul style="list-style-type: none"> • Receta electrónica Con cód. de barras • Recetas electrónicas o digitales emitidas a través de plataforma digital 	Convencional con membrete impreso o sello identificatorio en caso de Centros de Atención, Instituciones, Emergencias, Sanatorios u Hospitales	
	No se aceptarán recetarios con publicidades salvo que provengan de Hospitales Públicos.	
	Se aceptarán recetarios pre impresos por computadora. Adecuándonos a la ley vigente (Ley N°27553) se aceptan recetas con sello y firma electrónica.	
Datos contenidos en la receta:	Denominación de la entidad	
	Nombre del profesional o institución	
	Nombre, Apellido del afiliado y Número de afiliación	
	Fecha de emisión de la receta.	
	Firma y sello aclaratorio del profesional. (El sello es obligatorio aún figurando las recetas impresas con los datos del profesional).	
	Detalle de los medicamentos	
	Cantidades de los medicamentos en números y letras	
Leyenda <i>Tratamiento Prolongado</i> , si corresponde (excepto planes Azules).		
Validez a) para la venta:	30 (TREINTA) días a partir de la fecha de emisión e incluyendo la misma.	
b) para la presentación:	60 (sesenta) días corridos, a partir de la fecha de venta e incluyendo la misma.	
c) Para la re facturación:	30 (treinta) días corridos a partir de haber recibido la liquidación. <u>RECORDAR QUE LOS DEBITOS SON NO REFACTURABLES, SALVO ERRORES INHERENTES A LA AUDITORIA.</u>	
Cantidad máxima de Medicamentos y de envases por receta:	Tratamiento Normal: Hasta 3 (tres) medicamentos distintos por receta y hasta 1 (uno) envase por renglón (plan Azul exento a esta disposición).	
	Tratamiento Prolongado: Hasta 3 (tres) medicamentos distintos por receta y hasta 2 (dos) envases por renglón. (plan Azul exento a esta disposición)	
Contenidos máximos de cada medicamento según su tamaño:	Tamaño especificado: Lo requerido en la receta.	
	Tamaño no especificado: Vender la menor presentación.	
	Especifica "grande": Vender la presentación siguiente a la de menortamaño.	
Antibióticos inyectables:	Monodosis: hasta 6 (seis) ampollas individuales por receta.	
Psicofármacos:	Lista II (receta oficial):	Receta de Salud Pública

		Receta adjunta de la institución.
No se aceptan fotocopias de recetas.	Lista III y IV (receta archivada):	Receta oficial por duplicado, con sello y firma del médico, aún estando el sello impreso.
4. REQUISITOS DEL AFILIADO:		
Deberá presentar:	Credencial de afiliación en vigencia	
	Receta correspondiente.	
Deberá verificarse:	Existencia del afiliado en el padrón	
5. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:		
La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:	Pegar con adhesivo o con cinta adhesiva transparente (¡¡no abrochar!!) el troquel con su código de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescriptos.	
	Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T.	
	Adjuntar a la receta Copia del Ticket Fiscal o Factura conteniendo: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de dispensación • Detalle de los medicamentos entregados • Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto. • Importes unitarios, totales y porcentaje a cargo de la entidad • Firma, aclaración de firma y número de documento de identidad (el cual deberá ser exhibido) de la persona que retira la receta. • De no contener la copia del Ticket Fiscal o Factura todos los datos precedentes, se deberá adjuntar un Presupuesto con el detalle de estos, además de la copia del Ticket Fiscal o Factura. • De no poder discriminar en ninguno de los tickets todos estos datos solicitados, será necesario el llenado manual del sello con la transcripción de importes al dorso de la receta, adjuntando también la copia del Ticket Fiscal o Factura. • Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico al dorso de la receta. 	
6. ENMIENDAS:		
Recordar:	Las correcciones y enmiendas en la prescripción de la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma. Las correcciones y enmiendas en la dispensa de la receta deberán estar salvadas por el profesional farmacéutico con su sello y firma, al igual que los errores en nombre del afiliado y n° del mismo.	
7. VALIDACION ON LINE:		
<ul style="list-style-type: none"> • Todas las recetas de la Entidad deben validarse on line a través del sistema de IMED. • Recuerde que al validar la receta debe cargar en el sistema de validación los mismos datos que se encuentran en la receta (afiliado, productos, cantidades, matrícula del profesional prescriptor, fechas, etc.) a fin de evitar inconvenientes posteriores debido a la no coincidencia de la validación on line con la receta física. • Recuerde que toda transacción on line aprobada, donde no se hizo efectiva la dispensa de un medicamento, deberá ser cancelada por la farmacia para evitarle inconvenientes al afiliado en su próxima compra. • Ante cualquier inconveniente con la validación puede llamar a la Mesa de Ayuda de Imed al 0810-122-7427 de lunes a viernes de 8 a 20 y sábados de 9 a 13. 		
8. CONSULTAS:		
Importante:	Por consultas de validación, padrón de afiliados, o débitos aplicados, como así también fechas de presentación deberán llamar a Farmalink al tel. (011) 4814- 7900 (opción 1), de lunes a viernes de 9 a 18 hs. Por consultas sobre normas operativas, deben realizar las consultas a Farm+ al tel. (011) 4381-1114 y rotativas, en el horario de lunes a viernes de 9 a 18 hs.	
9. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:		
	<u>EXCLUSIONES GENERALES:</u> Todo medicamento que se encuentre excluido de la cobertura podrá ser dispensado únicamente con una autorización de la Entidad. La receta al momento de la presentación deberá traer adjunta dicha autorización.	

Se aclara que, en todos los planes Azules, se permite la dispensa prescripta por el profesional, sin topes ni restricciones en cuanto a cantidad de productos y unidades diferentes por receta. NO ES NECESARIA, para este plan, la leyenda "TRATAMIENTO PROLONGADO".

IMPORTANTE: las únicas recetas que no requieren ser impresas para su presentación en Farmalink son las recetas electrónicas que se describen en el punto C. Para todos los demás casos se deberá presentar receta original o impresión de la misma, según corresponda, SIN EXCEPCIÓN.

TIPOS DE RECETAS VALIDOS PARA LA DISPENSA:

A) Recetas electrónicas o digitales emitidas a través de plataformas digitales de acuerdo a la ley 27553.

B) Receta Electrónica generada por el médico y enviada al afiliado por un mediodigital:

- El afiliado puede llevar la receta impresa o presentarla en el teléfono.
- Estas recetas cuentan con un Número de Receta Electrónica que las identifica. El mismo figura en un código de barras.
- Todas las recetas electrónicas deben validarse a través del sistema de validación on line, SIN EXCEPCIÓN, y es indispensable cargar en el sistema el número de receta correspondiente.
- Si usted cuenta con el servicio de "Consulta de Receta Electrónica" provisto por su software podrá ingresar el número de receta y el sistema le devolverá los productos prescritos para ese afiliado.
- De no contar con la impresión de la receta, se deberá presentar para la liquidación la copia del ticket fiscal o comprobante de venta junto con los troqueles y/o códigos de barras adheridos al mismo. En el ticket deberán figurar:
 - N° de receta electrónica. (Este dato deberá figurar impreso o de forma manuscrita por la farmacia, **SIN EXCEPCIÓN**)
 - N° de afiliado.
 - Descripción de los productos dispensados (marca comercial, cantidad de unidades, porcentaje de cobertura a cargo del afiliado y de la entidad, importes unitarios y totales).
 - Fecha de dispensa.
 - Firma, DNI y aclaración del afiliado o tercero interviniente.
 - Sello y firma del director técnico de la farmacia.
 - Troqueles y/o códigos de barras de los productos dispensados.

Anexo 3: Detalle de Planes y Descuentos.

PLAN	DESC.	CODIF
AZUL	40%	AZ4
AZUL 50%	50%	AZ5
AZUL 60% CERAS JOHNSON – INC. MOD. VACUNAS	60%	ACJ
AZUL PEUGEOT	60%	AP6
AZUL 70% MODULO VACUNAS	70%	AZ7
AZUL SHELL CAPSA 85%	85%	APS
BLANCO CELESTE CON VACUNAS	70%	BV7

AZUL SIEMENS ATOS	50%	AS5
CELESTE	40%	BC4
CELESTE 50%	50%	BC5
AZUL SIEMENS	50%	AS5
BLANCO CELESTE 60% CERAS JOHNSON – INC. MOD. VACUNAS	60%	BCJ
BLANCO PEUGEOT 60% CELESTE – INC. MOD. VACUNAS	60%	BP6
AZUL FORD	70%	AF5
AZUL FORD FO	70%	AF5
BLANCO – CELESTE	40%	BC4
BLANCO – CELESTE 50%	50%	BC5
BLANCO - CELESTE SIEMENS	50%	BS5
CORPORATE – FAMILY CARE – MC	50%	CP5
MIROT	40%	MI4
MET ROSARIO	40%	MR5
MET ROSARIO	40%	MR4
PLAN CONECTA	40%	PC4
MET CERRADO CAP –solo farmacias habilitadas-	40%	ME4
OSADRA ARBITRAR –solo farmacias habilitadas interior-	40%	OA4
BLANCO - CELESTE MODULO VACUNAS	40%	BV4
CORPORATE – FAMILY CARE - MC / MODULO VACUNAS	40%	CV4
BLANCO CELESTE 50% - MODULO VACUNAS	50%	BV5
MIROT MODULO VACUNAS	40%	MV4
MET ROSARIO MODULO VACUNAS	40%	RV5
MET ROSARIO MODULO VACUNAS	40%	RV4
MET CERRADO CAPITAL MODULO VACUNAS	40%	MEV
CORPORATE MODULO VACUNAS	50%	CL5
CENTROS MEDICUS	40%	CM4
GALICIA AZUL – INCLUYE MODULO VACUNAS	40%	GA
GALICIA CELESTE – INCLUYE MODULO VACUNAS	40%	GC
GALICIA AZUL - INCLUYE MODULO VACUNAS	50%	GA5
GALICIA CELESTE – INCLUYE MODULO VACUNAS	50%	GC5
GALICIA SEGUROS AZUL	50%	AZ5
GALICIA SEGUROS CELESTE	50%	GC5
AZUL PLUSPETROL	50%	APE
AZUL PLUSPETROL AP8	80%	AP8
AZUL PEUGEOT	40%	AP4
AZUL PEUGEOT – INC. MOD. VACUNAS	60%	AP6
BLANCO PEUGEOT	60%	BP6
CORPORATE PEUGEOT – INC. MOD. VACUNAS	60%	CP6
ASOCIACION ESCUELAS LINCOLN PLAN AZUL	50%	AEL
SUPLE SERVICIOS EMPRESARIOS	40%	MTB
SINDULWAL FC	40%	CP4
PLANES TOYOTA - AZUL - 40% +MODULO VACUNAS AL 100%	40%	AX4
PLANES TOYOTA – CELESTE – 40% +MODULO VACUNAS AL 100%	40%	BX4
PLAN CMA	40%	EP4
PLANES ARCOR – CARTACOR + MODULO VACUNAS 100% - PMI -	100%	S1
MC – MODULO CON VACUNAS	50%	CV5
MEDICUS PLAN MUJER	40%	MD4
INTEGRA 2/INTEGRA 2 INTERIOR	40%	MD4
SIEMENS AZUL – INCLUYE VACUNAS	60%	AS6
SIEMENS CORPORATE – INCLUYE VACUNAS	60%	CS6
SIEMENS CELESTE – INCLUYE VACUNAS	60%	TS6
SIEMENS AZUL – INCLUYE VACUNAS	40%	AS4
FAMILY FLEX	40%	CP4
FAMILY FLEX	40%	CV4
AZUL FLEX	40%	AZ4
CELESTE FLEX	40%	BV4

PLAN ADV LOGISITICA OCA	50%	ADV
ASOCIACION ESCUELAS LINCOLN PLAN CELESTE	50%	BEL
ASOC. MUTUAL 20 DE OCTUBRE OS MENDOZA	50%	MD5
ORGANIZACIÓN COURIER ARGENTINA ADV + Sanatorios Especiales	60%	AV_12151 R
ORGANIZACIÓN COURIER ARGENTINA MTA	60%	AV_12152 R
CERVECERIA Y MALTERIA QUILMES BLANCO CELESTE	80%	BV8
CERVECERIA Y MALTERIA QUILMES CORPORATE	80%	CV8
MATEU SPORTS 50%	50%	CP5
LS4 RADIO CONTINENTAL	40%	AD4
ASOC.DE BENEF. DOTAL SAN JORGE BLANCO CELESTE	50%	BV5
ASOC.DE BENEF. DOTAL SAN JORGE CORPORATE	50%	CV5

ANEXO 4 – VACUNACION ANTINEUMOCOCCICA

Esta cobertura solo tendrá validez en el Interior del Pais y Gran Buenos Aires

La misma contempla una cobertura del 50%, que afectará solo a los planes del 40% (en el caso que el plan posea mayor descuento no se aplicará el beneficio).

CONDICIONES

Afiliado de 65 años o más: Cobertura automática por sistema IMED - No requiere autorización.

Afiliados menores a 65 años: Deberán poseer alguna de las siguientes patologías y deberán poseer Autorización Medica de la Institución (MEDICUS):

Residentes de geriátricos - Enfermedad pulmonar crónica incluida el asma - Hepatopatía crónica – Alcoholismo – Diabetes - Insuficiencia renal crónica - Síndrome nefrótico - Fistula de liquido cefalorraquídeo - Implantes cocleares - Asplenia funcional o anatómica - Anemia 6 drepanocítica - Infección por HIV (**Se resguardara el secreto medico**) - Neoplasias hematológicas - Transplante de medula ósea – Quimioterapias - Tratamiento prolongado con corticoides - Tabaquismo.

ANEXO : VACUNATORIOS (solo centros habilitados)**LISTADO DE COBERTURA**

HIJO	ACTACEL	vial x 1 dosis x 0.5 ml
HIJO	AG-B 10 UNIJECT	10mcg jga.prell.x1x0.5ml
HIJO	AG-B 20 UNIJECT	20mcg jga.prell.x1 x 1ml
HIJO	B.C.G.	f.a.x 10 dosis+solv.
HIJO	BIOVAC HB	10 mcg f.a.x 0.5 ml
HIJO	BIOVAC HB	20 mcg f.a.x 1 ml
HIJO	ENGERIX-B	jga.prell.x 1 ml
HIJO	ENGERIX-B PEDIATRICO	jga.prell.x 0.5 ml
HIJO	HB VAX II	10 mcg IM f.a.x 1 x 1 ml
HIJO	HB VAX II PEDIATRICA	5 mcg IM f.a.x 1 x 0.5ml
HIJO	HB VAX PRO	10 mcg IM f.a.x 1 x 1 ml
HIJO	HB VAX PRO	40 mcg IM f.a.x 1 x 1 ml
HIJO	HB VAX PRO	5 mcg IM f.a.x 1 x 0.5ml
HIJO	HEPATIVAX	f.a.x 1 x 1 ml
HIJO	HEPATIVAX JUNIOR	f.a.x 1 x 0.5 ml
HIJO	IMOVAX POLIO	jga.prell.x 0.5 ml
HIJO	INFANRIX HEXA	pvo.liof.+susp.iny.
HIJO	MMR II	iny.liof.f.a.x 1+jga.
HIJO	PENTAXIM	fco.+jga.prell.x 0.5 ml
HIJO	POLIACEL	f.a.x 1+a.x 1 x 0.5 ml
HIJO	TETABULIN T	250 UI f.a.
HIJO	TRITANRIX-HB HIB	pvo.liof.+f.a.x 1
HIJO	VACUNA ANTIHEPATITIS B AGB	10 mcg Pediát.f.a.x 1 ml
HIJO	VACUNA ANTIHEPATITIS B AGB	20 mcg Adulto f.a.x 1 ml
HIJO	VACUNA ORAL SABIN	fco.x 10 dosis c/gotero
MADRE	BAYRHO-D	300 mcg jga.prell.x 1
MADRE	GAMMA ANTI-RHO UNC	250 mcg f.a.x 1
MADRE	GAMMA ANTI-RHO UNC	300 mcg f.a.x 1
MADRE	GAMMA ANTITETANICA UNC	250 UI f.a.x 1
MADRE	GAMMA ANTITETANICA UNC	500 UI f.a.x 1
MADRE	GAMMA ANTITETANICA UNC PLUS	250 UI f.a.x 1
MADRE	GAMMA ANTITETANICA UNC PLUS	500 UI f.a.x 1
MADRE	GAMMAGLOBULINA HUMANA ANTITETA	250UI liof.f.a.+dis.x2ml
MADRE	GAMMAGLOBULINA HUMANA ANTITETA	500UI liof.f.a.+dis.x2ml
MADRE	GAMMATET T	250 UI iny.f.a.x 1+jga.
MADRE	GAMMATET T	500 UI iny.f.a.x 1+jga.
MADRE	HEMOGAMA T	320 mg env.x 2 ml
MADRE	HEMOGAMA T	800 mg env.x 5 ml
MADRE	IGANTID	300 mcg jga.prell.x 2 ml
MADRE	IMMUNORHO	300mcg IM iny.x 1+a.x2ml

MADRE	IT	SD-T 250 UI iny.a.x 1
MADRE	IT	SD-T 500 UI iny.a.x 1
MADRE	KAMRHO D	250 mcg IM f.a.x 1x1.7ml
MADRE	KAMRHO D	300 mcg IM f.a.x 1 x 2ml
MADRE	PARTOBEN	250 mcg f.a.+jga.
MADRE	PARTOBEN	300 mcg f.a.+jga.
MADRE	PARTOBEN	330 mcg f.a.+jga.
MADRE	PARTOGAMMA SDF	250 mcg jga.prell.x 1
MADRE	PARTOGAMMA SDF	330 mcg jga.prell.x 1
MADRE	PARTOGAMMA T	250 mcg jga.prell.x 1
MADRE	PARTOGAMMA T	330 mcg jga.prell.x 1
MADRE	TETABULIN T	250 UI f.a.
MADRE	TETABULIN T	500 UI f.a.
MADRE	TETANOL	a.x 0.5 ml+jga.desc.
MADRE	TETAVAX	jga.prell.x 0.5 ml
MADRE	TETAVENIN	5000 UI liof.f.a.+solv.
MADRE	TOXOTET	a.x 1
MADRE	VACUNA ANTITETANICA BIOL	a.x 1 x 0.5ml c/jga.+ag.
MADRE	VACUNA ANTITETANICA IMMUNO	a.x 0.5 ml
MADRE	VACUNA ANTITETANICA PURISSIMUS	iny.a.x 1 x 0.5 ml
MADRE	VACUNA DOBLE ADULTOS BIOL	a.x 1 x 0.5ml c/jga.+ag.
MADRE	VIROHEP-A	jga.prell.x 0.5 ml

VACUNAS EN PLANES AZUL

Tendrán cobertura con el descuento que se asigna las vacunas que se rigen por el listado "Vacunas Plan Azul"



AZUL – 40% DE DESCUENTO DEL PRECIO PÚBLICO



AZUL PEUGEOT – 40% DE DESCUENTO DEL PRECIO PÚBLICO



AZUL FORD – 60% DE DESCUENTO DEL PRECIO PÚBLICO



AZUL SIEMENS - 50% DE DESCUENTO DEL PRECIO PÚBLICO

TAMBIEN SE INCLUIRÁN DIFERENTES PLANES QUE INCLUYEN VACUNAS DENTRO DEL VADEMECUM, QUE NO FIGURAN EN EL LISTADO PLASMADO. LA FORMA DE

IDENTIFICARLOS ES CHEQUEAR QUE EN LA CREDENCIAL FIGURE LA LEYENDA "MODULO VACUNAS". LAS VACUNAS INCLUIDAS DENTRO DE ESTOS PLANES, DEBEN CHEQUEARSE EN EL VADEMECUM CUYO NOMBRE ES: "RESTO DE PLANES MAS VACUNAS", AL CUAL TENDRÁN ACCESO POR MEDIO DE LA PÁGINA DE FARM+ S.A (www.farmmas.com.ar).

"Vacunas Plan Azul"

Producto	Presentación
ACT HIB	jga.prell.x 1
ACTACEL	vial x 1 dosis x 0.5 ml
AG-B 10 UNIJECT	10mcg jga.prell.x1x0.5ml
AG-B 20 UNIJECT	20mcg jga.prell.x1 x 1ml
AVAXIM	jga.prell.x 0.5 ml
AVAXIM 80 U PEDIATRICO	jga.prell.x 0.5 ml
f.a x 10 dosis+solv.	
BERIGRIPINA	jga.prell.x 0.5 ml
BIOVAC HB	10 mcg f.a.x 0.5 ml
BIOVAC HB	20 mcg f.a.x 1 ml
BUSTRIX	jeringa prellenada
DT VAX	jga.prell.x 0.5 ml
ENGERIX-B	jga.prell.x 1 ml
ENGERIX-B PEDIATRICO	jga.prell.x 0.5 ml
EVAGRIP	iny.a.x 1
FLUAD	iny.jga.prell.x 0.5 ml
FLUARIX	jga.prell.x 0.5 ml
GADOG RIP	Cepa2006 jga.prell.x1ds.
GAMMA ANTITETANICA UNC	250 UI f.a.x 1
GAMMA ANTITETANICA UNC	500 UI f.a.x 1
GAMMA ANTITETANICA UNC PLUS	250 UI f.a.x 1
GAMMA ANTITETANICA UNC PLUS	500 UI f.a.x 1
GAMMAGLOBULINA HUMANA ANTITETA	250UI liof.f.a.+dis.x2ml
GAMMAGLOBULINA HUMANA ANTITETA	500UI liof.f.a.+dis.x2ml
GAMMATET T	250 UI iny.f.a.x 1+jga.
GAMMATET T	500 UI iny.f.a.x 1+jga.
HAVRIX 1440 EL.U. ADULTOS	jga.prell.x 1
HAVRIX 720 EL.U. MONO DOSIS	jga.prell.x 1
HB VAX II	10 mcg IM f.a.x 1 x 1 ml
HB VAX II PEDIATRICA	5 mcg IM f.a.x 1 x 0.5ml
HB VAX PRO	10 mcg IM f.a.x 1 x 1 ml
HB VAX PRO	40 mcg IM f.a.x 1 x 1 ml
HB VAX PRO	5 mcg IM f.a.x 1 x 0.5ml
HEPATIVAX	f.a.x 1 x 1 ml
HEPATIVAX JUNIOR	f.a.x 1 x 0.5 ml
HEXAVAC	jga.prell.x0.5ml c/aguja
IMOVAX DT ADULTOS	jga.prell.x 0.5 ml
IMOVAX GRIPE	jga.prell.x 0.5 ml
IMOVAX POLIO	jga.prell.x 0.5 ml
INFANRIX HEXA	pvo.liof.+susp.iny.
INFLEXAL V	jga.prell.x 0.5 ml
INFLUVAC	jga.prell.x 0.5 ml
ISIFLU ZONALE S.U.	jga.prell.x 1
ISTIVAC	jga.prell.x 1 x 0.5 ml
ISTIVAC JUNIOR	Ped.jga.prell.x 0.25 ml
IT	SD-T 250 UI iny.a.x

Vacunas cubiertas por PMO

Se establece el 100 % de cobertura, según parámetros de edad de Calendario Oficial de Vacunas (Ver adjunto)

Excepciones:

- Cobertura al 100% en embarazadas: 1 dosis de Antitetánica y 1 dosis de Doble adultos, en el 5º y 7º mes respectivamente.-
- Cobertura Antineumocócica: se cubre al 100% únicamente SYNFLORIX.- Prevenar 13, tiene un descuento especial (70% S/Valor manual farmacéutico) la diferencia es abonada por el asociado.
- Cobertura HPV: se cubre al 100% según parámetros de calendario a los 11 años.-
- En aquellos casos que el asociado se encuentre fuera del parámetro de edad, deberá abonar la vacuna con el 40% de descuento.-

Vacunas NO cubiertas por PMO

Se establece un 40% de cobertura, según el esquema que su Pediatra le indique y el asociado abona la diferencia.

Cobertura especial Empresas:

- Corporate 250 (Empleados de Medicus), cobertura del 50% S/Valor Manual Farmacéutico en vacunas no cubiertas.
- Peugeot (Empresa 30183, Plan MZ_10120), cobertura del 60% S/Valor Manual Farmacéutico en vacunas no cubiertas.
- Shell (Plan A6 2898 – T45130), cobertura del 85% S/Valor Manual Farmacéutico en vacunas no cubiertas.
- Telefónica, cobertura del 70% S/Valor Manual Farmacéutico en vacunas no cubiertas.
- Telered, cobertura del 80% S/Valor Manual Farmacéutico en vacunas no cubiertas.
- Toyota (Empresa 690/3 y 124/0), cobertura del 50% S/Valor Manual Farmacéutico.