

PLANES Y COBERTURAS SALUD TOTAL

Plan S1, S2, S3 y S8

- Cobertura del 40% en todos los medicamentos incluidos en Resolución 310/2004 emanada por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- La solicitud de medicamento debe presentarse en recetario preimpreso, el cual no requiere autorización de Salud Total salvo los siguientes casos:
 - Cuando el medicamento exceda el valor de \$ 3000 (pesos dos mil) (vigente a partir de Julio/23)
 - En caso de medicamentos especiales con cobertura superior del 40% explícitamente establecidos en Resolución 310/2004 de Superintendencia de Servicios de Salud. En estos casos el medicamento debe ser aprobado por la auditoria medica administrativa de Salud Total-

Plan S9

- Cobertura del 60% en todos los medicamentos incluidos en Resolución 310/2004 emanada por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- La solicitud de medicamento debe presentarse en recetario del profesional, y no requiere autorización de Salud Total, salvo:
 - En caso de medicamentos especiales con cobertura especial explícitamente establecidos en Resolución 310/2004 de Superintendencia de Servicios de Salud. En estos casos el medicamento debe ser aprobado por la auditoria medica administrativa de Salud Total-

Plan S10

- Cobertura del 70% en todos los medicamentos incluidos en Resolución 310/2004 emanada por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- La solicitud de medicamento debe presentarse en recetario del profesional, y no requiere autorización de Salud Total, salvo:
 - En caso de medicamentos especiales con cobertura especial explícitamente establecidos en Resolución 310/2004 de Superintendencia de Servicios de Salud. En estos casos el medicamento debe ser aprobado por la auditoria medica administrativa de Salud Total-

PARA TODOS LOS PLANES

Se reconocen con la previa autorización de Auditoria Médica y recetados por especialistas matriculados, los siguientes medicamentos:

- Productos para el tratamiento del alcoholismo.
- Productos para el tratamiento del HIV.
- Productos para la alimentación parenteral.
- Antihemofílicos.
- Antileucémicos.
- Hemoderivados y sustitutos de la sangre.
- Todos los productos que contengan las drogas Etanercept (ejemplo: Enbrel) y Palivizumab (ejemplo: Syngáis)
- Citostáticos y Oncológicos.
- Insulinas.
- Productos de uso dermatológico (recetado por dermatólogo)
- Medicamentos de acción psicotrópica o tranquilizantes de alta concentración que hayan sido recetados por un especialista.
- Productos antiacnéico.

No se reconocen los siguientes medicamentos

- Medicamentos y/o productos de venta libre.
- Medicamentos importados no autorizados por Salud Pública.
- Vacunas no obligatorias (fuera del esquema del Plan Nacional de Vacunación).
- Vitaminas, salvo inyectables.
- Anavulatorios.
- Parches hormonales. Hormonoterapia sustitutiva.
- Productos antitabaquismo.
- Productos para contraste radiológico, de diagnóstico e imagenológico.
- Material radiactivo.
- Anestésicos en todas sus prestaciones.
- Pastas, Polvos o Líquidos dentífricos.
- Fórmulas especiales o artículos para limpiar o fijar dentaduras postizas.
- Colutorios y Antisépticos Bucales.
- Cepillos de todo tipo. Productos de perfumería, tocador y belleza.
- Productos de cosmeatría, aún los que contengan fórmulas medicamentosas: cremas, polvos, revitalizantes, humectantes, tonificantes, nutritivas, etc., jabones, lacas, champúes, lociones para evitar la caída del cabello, cremas antienvjecimiento cutáneo, pantallas solares, cremas antiestrías, cremas reductoras, etc.
- Productos de perfumería.
- Callicidas.
- Vendas, gasas, alcohol. Productos de látex, bolsas de goma y plástico.

- Todo tipo de material descartable y accesorios médicos tales como instrumental de cirugía, jeringas, productos para diagnóstico, termómetros, atomizadores, inhaladores, vaporizadores, nebulizadores.
- Mamaderas, pañales, sondas, etc.
- Antisépticos de superficie.
- Productos o sustancias alimenticias y dietéticas en general.
- Productos para el tratamiento de la obesidad.
- Anorexígenos.
- Medicamentos con Ginseng.
- Herboristería, recetas magistrales y productos homeopáticos.
- Medicamentos indicados para el tratamiento de esterilidad.
- Productos para el tratamiento de la disfunción sexual masculina, por ejemplo Sildefil, Lumix, Vimax, Viagra o similares.
- Suplementos y complementos nutricionales.
- Productos antiacnéico.

PLAN MATERNO INFANTIL

Tendrá cobertura del 100% en todos los Planes.

Plan S1, S2, S3 y S8 se deberán solicitar autorización previa de SALUD TOTAL.

Planes S9 y S10, no se requerirá la autorización previa de SALUD TOTAL.

Leches Maternizadas, requerirán autorización previa de auditoria medico administrativa de Salud Total para todos los planes.

MODELO DE RECETARIO

Plan S1, S2, S3 y S8

Salud Total
Medicina Prepaga - Obra Social

PLAN S1 S2 S3 S8

Fecha ____/____/____

AUTORIZADO GENERICO MENOR VALOR COMERCIAL			
Apellidos y Nombres			
Mat. Prof.	Nº Afiliado	c.f.	

RECETARIO	Cantidad	Precio Unit.	Precio Total
1			
2			

Diagnóstica: _____

Conformidad del afiliado Seto y firma del profesional

TOTAL

a/c Afiliado %

a/c O. Social %

VENCE EL ____/____/____

Nº 232801*

TROQUEL
2

TROQUEL
1

Plan S9 y S10

En recetario del profesional