

ACTUALIZADA AL 18 DE DICIEMBRE 2015
OBRA SOCIAL CIUDAD DE BUENOS AIRES

1. AMBITO DE APLICACIÓN:		
• Capital / Prov. Bs. As. / Interior del País		
2. DESCUENTOS		
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.		
Plan:	A cargo del afiliado:	A cargo de la entidad:
Ambulatorio	50%	50%
PMI (Ver punto 7)	0%	100%
Crónicos recetas con autorización previa de la Obra Social - ver detalle.	30%	70%
Gratuidad (recetas con autorización previa de la Obra Social)	La Obra Social indicará en la autorización el porcentaje de cobertura a efectuar.	
3. REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES		
Tipo de Recetario:	Convencional de médico u odontólogo con membrete impreso o sello identificatorio en caso de Centros de Atención, Instituciones, Emergencias, Sanatorios u Hospitales	
<u>Recetas digitales originadas por sistema Web División Diabetes (DBT):</u> Son validas únicamente para la entrega y facturación de <u>hipoglucemiantes orales</u> . Deben estar firmadas y selladas <u>en original</u> por los médicos auditores autorizantes que figuran en la presente norma. Dichas órdenes se emiten según prescripción del medico tratante quedando las recetas originales en el archivo de Programa de Medicamentos DBT (ver anexo 2 : Modelo de recetario División Diabetes)		
<u>Recetario para medicación crónica:</u> A partir del 01-11-2014 los únicos modelos de recetario son electrónicos – ver modelo insertado más abajo.		
No se aceptan fotocopias de recetas excepto en crónicos. Para estos casos, la firma y sello de autorización DEBE OBSERVARSE EN ORIGINAL y TODAS LAS RECETAS AMBULATORIAS CORRESPONDE VALIDARLAS.		
<u>Datos contenidos en la receta:</u> (Los datos estarán escritos de puño y letra por el profesional y deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma), con excepción de las recetas crónicas que deben dispensarse únicamente de forma pre-impresa.	Denominación de la Obra Social	
Nombre, Apellido del afiliado y Número de afiliación.		
Fecha de emisión de la receta.		
Firma y sello aclaratorio del profesional.		
Diagnóstico: NO ES OBLIGATORIO QUE FIGURE DESCRIPTO.		
Detalle de los medicamentos.		
Cantidades de los medicamentos en números y letras.		
Leyenda Tratamiento Prolongado si corresponde.		

Validez	30 (treinta) días CORRIDOS a partir de la
a) para la venta:	fecha de emisión e incluyendo la misma.
b) para la presentación:	30 (treinta) días CORRIDOS, a partir de la
	fecha de venta e incluyendo la misma.

c) Para la refacturación:		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 O CASOS EXCEPCIONALES AUTORIZADOS POR LA OBRA SOCIAL.</u>
Cantidad máxima de Medicamentos, de envases y tamaños por receta:		Tratamiento Normal: se podrán dispensar hasta 2 (dos) especialidades medicinales por receta y hasta 1 (un) envase de cada uno.
Tratamiento Prolongado: solo en recetas con medicamentos para pacientes crónicos con cobertura del 70%, se dispensará lo indicado por LA OBRA SOCIAL.		
Tamaño especificado: lo requerido en la receta.		
Tamaño no especificado: vender la menor presentación.		
Especifica "grande": vender la presentación siguiente a la de menor tamaño.		
Antibióticos inyectables:		Monodosis: hasta 5 (cinco) ampollas individuales por receta. Multidosis: hasta 1 (un) envase por receta.
Psicofármacos: No se aceptan fotocopias de recetas.	Lista II (receta oficial):	Receta de Salud Pública Receta adjunta de la institución.
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 (Ver Anexos: Credenciales)
Receta correspondiente.		
Documento de identidad.		
5. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:		
La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:		Pegar o 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 prescritos.
Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T.		
Fecha de dispensación		
Importes unitarios y totales y porcentaje a cargo de la entidad.		
Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto.		
Firma del asociado y aclaración.		
Firma del tercero, aclaración de firma y número de documento de identidad, el cual deberá ser exhibido.		
Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico.		
La farmacia deberá adherir la copia del ticket fiscal de la venta a cada receta.		
MUY IMPORTANTE: REITERAMOS QUE A PARTIR DEL 01-11-2009, CORRESPONDIÓ SUSPENDER LAS DISPENSAS DE INSULINAS y TIRAS REACTIVAS – SEGMENTO AMBULATORIO. VER RECORDATORIO AL FINAL DE ESTA NORMATIVA		
<u>6. ENMIENDAS:</u>		Las correcciones y enmiendas a la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma. Tener presente que cuando se valida on line se debe ingresar el número de afiliado que figura impreso en la credencial de afiliación vigente, con la misma cantidad de dígitos pero sin espacios ni guiones. Si en la receta el número de socio estuviese equivocado o incompleto, el

MUY IMPORTANTE PARA RECORDAR:	farmacéutico podrá salvar cualquiera o todos los dígitos del mismo para que concuerde con el número impreso en la credencial.
7. PLAN MATERNO INFANTIL:	
<u>Madre:</u> abarca el embarazo hasta el primer mes posterior al parto. Se otorgará cobertura del 100% a los medicamentos y vacunas que se encuentren prescritos en el recetario verde Plan Materno Infantil e incluidos en el Vademécum de la ObSBA.	
<u>Niño:</u> abarca el primer año de vida. Se otorgará cobertura del 100% a los medicamentos, vacunas y leches medicamentosas que se encuentren prescritos en el recetario verde Plan Materno Infantil e incluidos en el Vademécum de la ObSBA.	
Aquellos productos que se encuentran fuera de vademécum requieren autorización de los médicos auditores autorizantes que figuran en la presente norma.	
8. AUTORIZACIONES:	
AUTORIZACIONES:	Se aceptarán como válidas todas las autorizaciones emitidas por la Obra Social, donde conste sello de la Obra Social y firma de la persona que autoriza.
IMPORTANTE:	Antes de rechazar cualquier receta, llamar a ObSBA al 0800-999-8560.

Ob. SBA - CIUDAD DE BUENOS AIRES	
PROFESIONALES HABILITADOS PARA AUDITAR RECETAS	
LISTA ACTUALIZADA AL 18 DE DICIEMBRE 2015	
APELLIDOS y NOMBRES	M A T R Í C U L A (S)
AGUIRRE, Carlos García	MN 67569
ALDAY, Alejandro	MN 102626
ANTENUCCI, Armando	MN 50449
ARENAS LUZARDO, Gerardo	MN 98584
AUBONE, Pablo	MN 91161
AVILA, Tomás Alberto	MN 61400
CIANCIO, Graciela	MN 62785
CONDE, Silvia	MN 82240
COPPINI, Dante Jorge	MP 19230
DAONA, Carlos Nicasio	MN 78741
DEFERRARI, Celina	MN 59038
DUCLOS, Raúl Alberto	MN 69264
GALLO, Mariana A.	MN 123692
GUROVICH, Cecilia	MN 33906
KUSKA, Jorge	MN 62085
LERNER, Leonardo	MN 59387
LUENGAS, Patricia	MN 65351
MICHELI, Graciela	MN 51220
MANDOLESI, Juan	MN 69020
MILESI, Fernando	MN 93321 - MP 93901
MONETTI, Eda Lía Abad	MN 53971
MURUA, Ileana	MN 91844
NEGRE, María Alejandra	MN 81678
PAEZ, Roberto	MP 13849
PEREZ, América	MN 78046
PISTOIA, Lucía	MN 47628
PIZARRO, María Elizabeth	MN 85142
QUIROGA VILLAR, Ruben	MN 84487
RUDY, Nora	MN 61817-FM 317213/00
SACCO, Mirta	MN 58080
SAIDMAN, Luis Sergio	MP 92437
SOSA, Alicia R.	MN 68880 - MP 53120
STOKFISZ, Mauro	MN 30835
SUAREZ CORDO, Cristian	MN85553
TAPIA. Jorge P.M	MN 51970
VELÁZQUEZ, Marcelo H.	MN 77281

ANEXOS

Anexo 1 - Modelos de Credenciales Vigentes (*):





Anexo 2 - MODELO DE RECETARIO DIVISIÓN DBT

OBSBA	Division DIABETES
-------	-------------------

Documento: Nro Afiliado:	Receta	Apellido / Nombre
-----------------------------	---------------	-------------------

Detalle del Pedido	Nro: 93424
--------------------	------------

Fecha de Prescripcion: 22/09/2009 Fecha de Dispensa: ___/___/___

Matricula Medica: NAC. 0


Troquel	Nombre Comercial	Monodroga	Presentacion	Cant.	Precio Unitario	Precio Total	Cob.	A Cargo Obra Soc.	A Cargo Afiliado
5118672	XXXXXXXX	metformina	comp.rec.x 30	1			70		
							70		

Dr. AVILA TOMAS ALBERTO
AUDITOR MEDICO
M.N. 61400
Auditoria Médica de Prestaciones
y Fondo Compensador-Ob.SBA

Modelos de recetas perfectamente válidas que serán de uso para el segmento "CRONICOS".

El que figura en segundo término recientemente incorporado, observa a la izquierda el logo de la OS; numeración en el margen derecho y deberá cumplir con los requisitos necesarios para la dispensa.

DE : Progr. Medic. OsSBA NO. DE FAX : 49812921 02 DIC. 2011 14:19 P1

	Dispensa de Medicación	Receta y Orden 0000000211 1
---	-------------------------------	---------------------------------------

Datos de la Dispensa

Afiliado Beneficiario: ALARCON PEDRO Credencial: 15325500
Periodo de Entrega: 02/12/2011 a 01/01/2012
(No dispense medicamentos si se encuentra fuera de periodo)

Cantidad	Medicamento	% Dto
1	CARVEDIL [Carvedilol] - 12.5mg Comp. x 28	70.00
1	COZAAREX D [Hidroclorotiazida] - 50mg /12.5mg Comp. x 30	70.00
1	COZAAREX [Losartán] - 50mg Comp. x 30	70.00
2	SINTROM [Acenocumarol] - 4mg Comp. x 20	70.00


M. S. J. P. NAZAR DANIELA DELFINA
M. S. J. P. NAZAR DANIELA DELFINA
AUDITOR MEDICO
PROGRAMA DE MEDICAMENTOS
O.S.B.A.
Firma y Sello de Auditor

Fecha de Entrega:

(Pegue aquí los Troqueles) Conformidad del Afiliado

Datos de la Dispensa

Afiliado Beneficiario: ALARCON PEDRO Credencial: 15325500
Periodo de Entrega: 02/12/2011 a 01/01/2012
Modelo que está circulando y no figura en la norma:

	Dispensa de Medicación	Receta y Orden *0000721593* 0000721593
---	-------------------------------	--

Datos de la Dispensa

Afiliado Beneficiario: NAZER DANIELA DELFINA Credencial: 0440142512
Periodo de Entrega: 18/02/2015 a 20/03/2015
(No dispense medicamentos si se encuentra fuera de periodo)



CABE ACLARAR QUE OBSERVANDO SOLAMENTE LA FIRMA y SELLO DEL PROFESIONAL AUDITOR, HABILITA LA DISPENSA.

MUY IMPORTANTE PARA EVITAR LA APLICACIÓN DE DÉBITOS:
POR EXPRESA SOLICITUD DE LA OBRA SOCIAL, PUNTUALIZAMOS QUE EFECTÚEN SIN FALTA EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE EN LO QUE RESPECTA A LA VALIDACIÓN ON LINE, PREVIA A LA DISPENSA.

Asunto: Validación inconsistente

Recordamos que para la validación on line, se deberá colocar el número de afiliado tal cual figura en la credencial vigente, incluyendo los eventuales ceros a la izquierda, sin espacios y sin incluir guiones.

Si en la receta el número de socio estuviese equivocado o incompleto, el farmacéutico podrá salvar cualquiera o todos los dígitos del mismo para que concuerde con el número impreso en la credencial.

- Verificar si el número de afiliado es el correcto.
- Si es incorrecto, salvar el número de afiliado.

RECORDATORIO

**** Asunto: productos Plan Insulinas.**

Mediante la presente se recuerda que *“únicamente las farmacias especialmente habilitadas para el Plan Insulinas, a través de Proveer Salud”* podrán dispensar los productos comprendidos en dicho Plan (insulinas, tiras reactivas, agujas y lancetas).

El resto de las farmacias *deberá abstenerse de dispensar estos productos, aunque la receta se encuentre autorizada por Médico Auditor de la Obra Social*”.

**Ante cualquier consulta, por favor
llamar a los siguientes teléfonos:
(011) 5272-1097 / 5272-1098 / 4311-5650**

Asunto: Autorización recetas

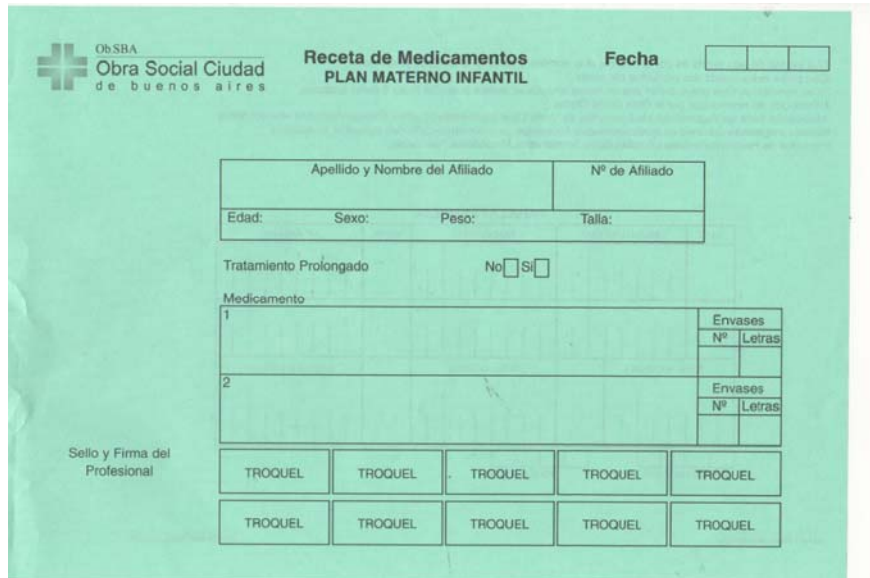
Mediante la presente se informa que a partir del 1/11/2014, las autorizaciones de recetas se otorgarán *solamente por sistema*, con formulario de *dispensa de medicación*, el mismo deberá estar firmado y sellado “en original” por Médico Auditor habilitado en la Norma Operativa.

Los únicos casos que *se mantienen con autorizaciones manuales*, son los siguientes:

Morfina, Clozapina, Preparados Magistrales y Diu. **A PARTIR DE LA FECHA -2-3-2015- SE INCORPORAN ANTIBIÓTICOS INYECTABLES, AEROCÁMARAS y DERIVADOS de MORFINA.**

MODELO DE RECETARIO PMI:

Frente



Ob.SBA
Obra Social Ciudad
de buenos aires

**Receta de Medicamentos
PLAN MATERNO INFANTIL**

Fecha

Apellido y Nombre del Afiliado Nº de Afiliado

Edad: Sexo: Peso: Talla:

Tratamiento Prolongado No Si

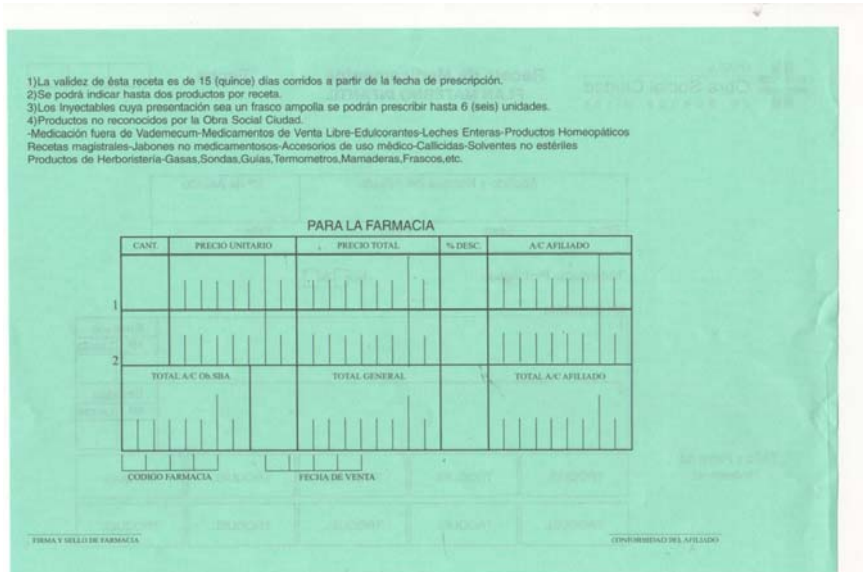
Medicamento

1	<input type="text"/>	Envases
		Nº Letras
2	<input type="text"/>	Envases
		Nº Letras

Sello y Firma del Profesional

TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL
TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL

Dorso



1)La validez de esta receta es de 15 (quince) días corridos a partir de la fecha de prescripción.
2)Se podrá indicar hasta dos productos por receta.
3)Los inyectables cuya presentación sea un frasco ampolla se podrán prescribir hasta 6 (seis) unidades.
4)Productos no reconocidos por la Obra Social Ciudad.
-Medicación fuera de Vademecum-Medicamentos de Venta Libre-Edulcorantes-Leches Enteras-Productos Homeopáticos
Recetas magistrales-Jabones no medicamentosos-Accesorios de uso médico-Callicidas-Solventes no estériles
Productos de Herboristería-Gasas,Sondas,Guias,Termómetros,Mamaderas,Frascos,etc.

PARA LA FARMACIA

CANT	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL	% DESC	A/C AFILIADO
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	TOTAL A/C OB.SBA	TOTAL GENERAL		TOTAL A/C AFILIADO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

CODIGO FARMACIA FECHA DE VENTA

FIRMA Y SELLO DE FARMACIA COTIZACION DEL AFILIADO

**LA OBRA SOCIAL INCORPORA EN LA NORMATIVA EL
MODELO DE RECETARIO PARA EL "PERSONAL PASIVO"**



Ob.SBA
Obra Social de la Ciudad
de Buenos Aires

**Receta de Medicamentos
Personal Pasivo**

Fecha

--	--	--

Apellido y Nombre del Afiliado	Nº de Afiliado
	Jub./Pens.

Tratamiento Prolongado No Sí

Medicamento

Sello de la Institución

1		Envases	
		Nº	Letras
2		Envases	
		Nº	Letras

Sello y Firma del
Profesional

TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL
TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL	TROQUEL