

NORMAS OPERATIVAS PARA LA ATENCION DE LOS BENEFICIARIOS DE: OSPESA (O.S. del Personal de Sociedades de Autores y Afines)

DESCUENTOS A CARGO DE OSPESA

PLAN	DESCUENTO	DETALLE	
PLUS	50%		
PMO	40%		
CRONICOS (310/04)	70% / 100%	Con autorización previa de la Obra Social	
PMI	100%	Con autorización previa de la Obra Social	

El vademécum vigente es el contenido en la Res. 310/04 y sus modificatorias, no aceptándose ningún medicamento que no esté incluido en dicha resolución.

IMPORTANTE:

Los medicamentos que figuran en el vademecum con el 70% de descuento que no posean autorización, podrán expenderse con el 40% ó 50% de descuento dependiendo del plan del pertenencia del afiliado.

Los medicamentos que figuran en el vademecum con el 100% de descuento que no posean autorización, no deberán entregarse.

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

Credencial (Oficial o Provisoria), Documento de Identidad y Receta -

Las CREDENCIALES POSEEN:

- ▶ Nombre y Apellido del beneficiario
- ▶ Plan
- ▶ Vencimiento (Importante verificar su vigencia)
- ▶ D.N.I.
- ▶ Porcentaje de cobertura en medicamentos

RECETARIO

TIPO: CONVENCIONAL

VALIDEZ: 20 días corridos desde la fecha de emisión.

Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional y con la misma tinta:

- ▶ Nombre de la Entidad
- ▶ Apellido y Nombre del Beneficiario
- ▶ Número de Beneficiario
- ▶ Plan
- ▶ Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra.
- ▶ Diagnóstico
- ▶ Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- ▶ Fecha de Prescripción
- ▶ Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.

LÍMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES:	2 (dos)
POR RECETA:	Hasta 2 (dos) envases de distinta especialidad.
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS:	Hasta 5 (cinco) por receta
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS:	Hasta 1 (uno) por receta

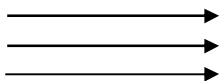
LÍMITES DE TAMAÑOS

Hasta 1 de tamaño GRANDE por receta.
Hasta 1 del primer tamaño por renglón.

OTRAS ESPECIFICACIONES

Cuando el Médico:

No indica Contenido
 Equivoca Cantidad o Contenido
 Indica Tamaño "GRANDE"

**Deberá Entregarse:**

El de Menor Contenido
 El tamaño inmediato inferior
 El siguiente al de Menor Tamaño

PSICOFARMACOS

El profesional debe confeccionar además un segundo recetario de acuerdo a las normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia.

PLAN MATERNO INFANTIL**En recetarios con leyenda "PLAN MATERNO INFANTIL" y AUTORIZADOS PREVIAMENTE**

100% de descuento para los medicamentos incluidos en el VADEMECUM de la Res. 310/04 y sus modificatorias : para la madre desde el diagnóstico positivo de embarazo, y hasta 30 días posteriores al parto, y para el recién nacido hasta el año de vida.

Leches: Exclusivamente con autorización de la Obra Social.

MEDICAMENTOS FALTANTES

Si por cualquier motivo en la farmacia falta el o los productos recetados, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 Hs. de haber sido requeridos por el beneficiario, quien debe conocer tal condición para adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- ▶ Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 De acuerdo al orden de prescripción.
 Incluyendo el código de barras.
 Adheridos con cinta adhesiva
- ▶ Número de orden de la receta.
- ▶ Fecha de Venta.
- ▶ Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos), las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario.
- ▶ Sello y firma de la farmacia.
- ▶ Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento
- ▶ Consignar los importes: Total, A CARGO de OSPESA, A CARGO Afiliado.
- ▶ Adjuntar copia del ticket de venta a la receta. En caso de no poder hacerlo notifique por escrito las razones. Dicha información quedará en el legajo de la farmacia.

EXCLUSIONES

Los descuentos indicados en este instructivo se aplican sobre las especialidades medicinales incluidas en el VADEMÉCUM de la Res. 310/04 y sus modificatorias.

AUTORIZACIONES ESPECIALES

Cualquier excepción a las presentes normas de atención podrá ser autorizada por la Obra Social, con firma y sello incluso por FAX. En caso de FAX, adjuntar el mismo a la receta original para su facturación.

MODELO DE CREDENCIAL

FRENTE

DORSO



Beneficiario N: 2191-01

Documento: E 4359091



Apellido y Nombres: **FIORINI HORACIO DEMETRIO**
 Localidad: **CAPITAL FEDERAL**
 Provincia: **CAPITAL FEDERAL**
 Plan: **PLUS** Medicamentos: **50%**

 Prestador: **SERVICIO MEDICO**
 Tel/Fax: **4621-1517 - (15)6609-7168**
 Vencimiento: **31/10/07**

