

Normas de Atención

O.S.P.R.E.R.A

Última revisión: JUNIO/24

Vigencia a partir del 1 de Septiembre de 2006.

Validación on line: por OBSERVER, con cierre por VALIOS.

- **ACREDITACIONES:**

AFILIADOS DIRECTOS-Rurales y OSPEP: Deberán exhibir:

*ULTIMO BONO DE SUELDO: con Nº de CUIL, donde también deberá figurar el aporte a la Obra Social.

*DOCUMENTO DE IDENTIDAD: en los casos en que no posea credencial deberá presentar el certificado de empleado rural.

*RECETA CONFORMADA COMO SE INDICA MÁS ADELANTE.

AFILIADOS MONOTRIBUTISTAS : Deberán exhibir:

*CREDENCIAL OFICIAL MONOTRIBUTISTA DE LA O.S.P.R.E.R.A..

*DOCUMENTO DE IDENTIDAD.

*ÚLTIMO COMPROBANTE DE PAGO DEL MONOTRIBUTO.

* RECETA CONFORMADA COMO SE INDICA MÁS ADELANTE.

- **COBERTURA:**

TIPOS DE COBERTURA:

- **PLAN AMBULATORIO RURAL**

Tendrá un descuento por monto fijo a cargo de la Obra Social y la diferencia entre éste y el precio de venta al público será el valor a cargo del beneficiario para todos los medicamentos del *Vademécum Ambulatorio* y los monto fijos publicados en él.

El recetario sigue siendo el mismo: Oficial de color verde ó blanco con líneas verdes y logo de OSPERRA o Particular del médico tratante con sello Boca de Expendio .

2- PLAN MATERNO INFANTIL RURAL

Los descuentos según el medicamento del *Vademécum para PMI* serán del 100 % a cargo de la Obra Social para algunos casos o la diferencia entre el monto fijo y el precio de venta publico a cargo del Beneficiario, según figure en el *Vademécum Ambulatorio Columna PMI* . (La sigla PMI indica que el medicamento tiene un 100% de cobertura a cargo de AEPS)

Los recetarios serán oficiales de color rosa, Oficiales blancos con letra verde y logo de OSPRERA o

particular del médico con sellos de Boca de Expendio y PMI.

- **PLAN MONOTRIBUTISTA AMBULATORIO**

Tendrá un descuento por monto fijo a cargo de la Obra Social y la diferencia de éste y el precio de venta público del medicamento será a cargo del beneficiario para los medicamentos del *Vademécum Ambulatorio para Monotributistas*

El recetario será oficial de color verde con sello que indica Monotributista, u oficial blanco con letras verdes y logo de OSPRERA o Recetario particular del médico tratante con sellos de OSPRERA y Monotributista.

- **PLAN MATERNO INFANTIL MONOTRIBUTISTA**

Los descuentos según el medicamento del *Vademécum de PMI* serán del 100% a cargo de la Obra Social o por monto fijo en los que no figure la sigla PMI debien el beneficiario pagar en estos casos la diferencia entre el monto fijo y el precio de venta al público. Ver *Vademécum Monotributistas Ambulatorio* .

Los recetarios serán oficiales de color rosa con sello de Monotributista, u oficiales blancos con líneas verde y logo de OSPRERA o particular del médico tratante con sellos de Boca de Expendio y PMI y Monotributista

- **PLAN AMBULATORIO CONVENIO OSPEP.**

Tendrá un descuento por monto fijo a cargo de la Obra Social y la diferencia entre éste y el precio de venta al público será el valor a cargo del beneficiario para todos los medicamentos del *Vademécum Ambulatorio y los monto fijos publicados en él.*

El recetario seguirá siendo el mismo: oficial de color verde con sello C onvenio OSPEP, u oficial blanco con letras verdes y logo de OSPRERA o Particular del médico tratante con sellos de Boca de Expendio y Convenio OSPEP .

- **PLAN MATERNO INFANTIL CONVENIO OSPEP .**

Los descuentos según el medicamento del *Vademécum para PMI* serán del 100 % a cargo de la Obra Social para algunos casos o la diferencia entre el monto fijo y el precio de venta publico a cargo del Beneficiario, según figure en el *Vademécum Ambulatorio Columna PMI* . (La sigla PMI indica que el medicamento tiene un 100% de cobertura a cargo de AEPS)

Los recetarios serán oficiales de color rosa con sello Convenio OSPEP , u oficial blanco con líneas verde y logo de OSPRERA o Particular del médico tratante con sellos de Boca de Expendio , PMI y Convenio OSPEP.

- **PLAN 310 RURAL**

Tendrán un descuento por monto fijo a cargo de la Obra Social y la diferencia entre el monto fijo y el precio de venta al público será a cargo del Beneficiario. Según figure el la columna crónicos 310 de Formulario Terapéutico para Rurales y OSPEP. Los medicamentos señalados con la sigla AP requieren

autorización previa, para lo cual deberán comunicarse al 0800-999-6458 para pedir código de autorización.

Los recetario deberán indicar que el beneficiario pertenece a dicho, de lo contrario deberá atenderse como planes comunes.

- **PLAN 310 MONOTRIBUTISTAS**

Tendrán un descuento por monto fijo a cargo de la Obra Social y la diferencia entre el monto fijo y el precio de venta al público será a cargo del Beneficiario. Según figure el la columna crónicos 310 de Formulario Terapéutico para Monotributistas. Los medicamentos señalados con la sigla AP requieren autorización previa, para lo cual deberán comunicarse al 0800-999-6458 para pedir código de autorización.

Los recetario deberán indicar que el beneficiario pertenece a dicho, de lo contrario deberá atenderse como planes comunes.

- **PLAN 310 CONVENIO OSPEP**

Tendrán un descuento por monto fijo a cargo de la Obra Social y la diferencia entre el monto fijo y el precio de venta al público será a cargo del Beneficiario. Según figure el la columna crónicos 310 de Formulario Terapéutico para Rurales y OSPEP. Los medicamentos señalados con la sigla AP requieren autorización previa, para lo cual deberán comunicarse al 0800-999-6458 para pedir código de autorización.

Los recetario deberán indicar que el beneficiario pertenece a dicho, de lo contrario deberá atenderse como planes comunes.

- **PROGRAMA DE PROCREACIÓN RESPONSABLE (PPR)**

Se cubrirán con un 100% de descuento a cargo de la Obra Social los anticonceptivos que describimos a continuación:

El recetario será oficial con leyenda "Programa de Procreación Responsable, Anticonceptivos 100%".

EN RELACIÓN A LOS PLANES MATERNOS RURAL, MONOTRIBUTISTA Y OSPEP.

1) EMBARAZADAS: tendrán cobertura desde el diagnóstico positivo de embarazo hasta 30 días posteriores al parto.

2) RECIÉN NACIDOS: La cobertura para los niños es desde el nacimiento hasta el primer año de edad en medicamentos que figuren en vademécum plan materno infantil

Importante: La cobertura del Plan Materno Infantil es hasta el día en que el beneficiario cumple 1 (un) año de edad para los medicamentos incluidos en vademécum; por lo tanto la farmacia deberá exigir se presente el documento de identidad o certificado de nacido vivo del beneficiario, ya que si nuestra auditoria detectara que dicho beneficiario posee más de un año de vida, serán debitadas por no corresponder dicho descuento.

Quedan excluidas todo tipo de leche maternizada y medicamentosa.

- **DEL RECETARIO**

Importante:

Vencimiento del recetario: Oficiales: Luego de prescriptos tendrá 15 días para su dispensa

Particulares: Desde la prescripción médica al expendio en la farmacia: 15 días.

REQUISITOS DEL RECETARIO:

- Recetarios Oficiales de la OSPRERA serán emitidos por el encargado de la Boca de Expendio, debiendo completar todos los ítems consignados en las partes grisadas del recetario, conforme el siguiente detalle:

- **AL FRENTE:**

- **Nombre y apellido del Beneficiario.**

- **Parentesco**

- **Tipo y Número de Documento**

- **Edad (este casillero es fundamental en el PMI).**

- **Sexo**

- **Número de Orden de Consulta, o "S/O" (Sin Orden) en caso de emisión de recetario sin Orden de Consulta**

- **Sellos del P.M.I. (Plan Materno Infantil), Monotributo, OSPEP, Plan 310 o Programa de Procreación Responsable según correspondiera.**

- **Marca que indica el Número de Receta / Mes Entregada. 2º/3º/4º**

El espacio indicado como 2º, 3º, 4º recetario, indicado en la esquina superior del mismo, indicará qué número de receta se le ha entregado al beneficiario en el mes. Por ejemplo si a la farmacia llegan dos recetas a nombre de la misma persona, en uno de ellas deberá estar marcado el casillero que dice 2º.

- **AL DORSO:**

- **Fecha de emisión del recetario: dato fundamental ya que a los treinta (30) días de esa fecha expira el recetario.**

- **Número de C.U.I.L.**

- **Número de C.U.I.T. del empleador ó Código de Verificación Afiliatoria.**

- **Nombre del Titular.**

- **Domicilio.**

- Los Recetarios Particulares, emitidos por el profesional tratante deberán consignar:

- *Nombre y apellido del titular, si se trata de una prescripción destinada a un familiar.*
- *Domicilio.*
- *Número de C.U.I.L.*
- *Número de C.U.I.T. ó Código de Verificación Afiliatoria.*
- *Indicar la cobertura que corresponda al plan: Rural, Monotributista, OSPEP, Plan 310*
- *Fecha de autorización.*
- *Sello del P.M.I. (Plan Materno Infantil), Monotributo, OSPEP, Plan 310 según correspondiera.*

- DE LA PRESCRIPCIÓN .

REQUISITOS DE LA PRESCRIPCION.

Toda receta y/o prescripción médica u odontológica debe efectuarse expresando:

* Fecha de la prescripción en números arábigos y no se aceptará en N° romanos.

*La prescripción deberá estar hecha de puño y letra del médico tratante, firmando y sellando lo prescripto. Todo sello en donde no sea legible el nombre y la matrícula del médico será debitada. Si el sello no es legible podrá, el medico agregar de puño y letra los datos.

*Nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique.*En los casos en que el profesional opte por prescribir por marca, debe consignar el nombre genérico, seguido del de marca.

*Cuando el profesional tratante considere que no cabe reemplazar el medicamento denominado por marca debe agregar a continuación de la firma correspondiente a la prescripción y de su puño y letra la justificación fundada que avale tal decisión, bajo el título *“Justificación de la prescripción por marca”, dejando luego asentada nuevamente su firma y sello.*

*Concentración.

*Forma farmacéutica.

*Cantidad de unidades por envase: hace referencia a la cantidad de ml. en el caso de las formas farmacéuticas líquidas; a la cantidad de mg. o de comprimidos, grageas o cápsulas en el caso de las formas farmacéuticas sólidas.

* Cantidad de envases en números y letras.

*Diagnóstico principal y secundario.

LIMITACIONES EN LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA:

Se aceptarán por receta:

CANTIDADES : 2(dos) R/p por receta:

Uno grande y uno chico o dos chicos

UNIDADES :

1(una) unidad por R/p

1(una) unidad en el caso de antibióticos multidosis.

Hasta 5(cinco) unidades en el caso de antibióticos monodosis.

TAMAÑOS:

***Si no indica tamaño, se dispensará el más CHICO.-**

***Si indica tamaño GRANDE, se dispensará el envase que le sigue.**

***Si indica el tercer tamaño de un determinado medicamento deberá consignar además "TRATAMIENTO PROLONGADO" para que le sea dispensado.**

***Si indica el envase mayor deberá consignar la cantidad de unidades y la leyenda tratamiento prolongado.**

EXCLUSIONES DE COBERTURA.

Quedan excluidos de las prestaciones:

***Los medicamentos para Internación.**

***Medicación Oncológica.**

***Medicación antihemofílica.**

***Eritropoyetina.**

***Medicación HIV y anti SIDA.**

***Interferón.**

***Inmunoestimuladores.**

***Medios de Contraste.**

***Las preparaciones magistrales.**

***Los productos de venta libre (no contemplados en vademécum).**

***Toda monodroga que no se encuentre expresada en el formulario terapéutico.**

ENMIENDAS:

***Toda enmienda hecha en la prescripción deberá ser salvada por el médico tratante bajo la leyenda de digo (lo enmendado) firmando y sellando él mismo nuevamente lo salvado. De lo contrario será causal de débito la receta.**

***Toda diferencia caligráfica, grafológica, o de tinta será causal de débito, si no es salvada por el médico prescriptor de la forma antes mencionada.**

PROHIBICIONES:

- *Deberán ser rechazadas todas aquellas recetas que sean prescriptas por Médicos Auditores excepto las transcripciones de recetas particulares a recetas oficiales en cuyo caso deberán adjuntar la receta prescripta por el médico tratante.**
- *No deberán atenderse los medicamentos fuera de vademécum y que se encuentren autorizadas por Delegados, Encargados de Agencia, o de Boca de Expendio salvo expresa autorización de REVISAR S.A.**
- *No se podrá expender ningún tipo de medicamento fuera del Vademécum o con mayor descuento salvo expresa autorización de REVISAR S.A (AEPS).**
- *Médicos Odontólogos: No podrán prescribir Psicofármacos, Estupefacientes, Anabólicos, etc.**

• DE LA FARMACIA.

LLENADO DE LA RECETA:

Las recetas deberán ser llenadas por el profesional farmacéutico en donde deberá colocar:

- *Fecha de dispensación: verificar al hacerlo que la receta no exceda de los 15 días de prescripta.**
- *Cantidad entregada.**
- *Precio unitario, precio total y porcentaje de descuento.**
- *Total receta.**
- *Total a cargo del beneficiario.**
- *Total a cargo de la Obra Social.**
- *Sello de la farmacia y firma del profesional responsable.**
- *Nº de orden de la receta.**

ENMIENDAS:

Importante: Todos los datos antes mencionados deberán figurar en forma clara y legible sin ningún tipo de tachaduras o enmiendas. De no ser así serán causa de débito.

Por lo tanto, toda enmienda de dichos datos deberá ser salvada al dorso de la receta firmando el responsable de la farmacia y la persona que recibe la medicación, la cual deberá, además, aclarar su nombre y colocar su Nº de documento avalando dicha salvedad. De no ser así dichas recetas serán debitadas.

OMISIONES:

Todo dato omitido por la farmacia será causal de débito, una vez ocurrido el mismo no se podrá refacturar la receta si dicho dato no es salvado al dorso de la receta con firma, nombre, domicilio y Nº de documento del adquiriente.

• DE LA PERSONA QUE RETIRA LA MEDICACIÓN.

Toda persona que retira la medicación deberá colocar sin excepción lo siguiente:

***Tipo y N° de documento.**

***Firma.**

***Aclaración de la firma con Nombres y Apellidos completos.**

***Domicilio completo:**

En los casos en que las personas vivan en Zona Rural, se deberá colocar el nombre de la localidad y la leyenda Zona Rural. De no ser así dichas recetas serán debitadas. (Para reforzar dicho dato inespecífico se podrá complementar con el nombre del establecimiento en donde dicha persona trabaja.).

***Teléfono.**

• DE LAS NORMAS DE PRESENTACIÓN.

La farmacias presentarán en los plazos habituales separando cada plan con su carátula en donde se consignará:

- Período de la presentación**
- Tipo de plan**
- Cantidad de recetas**
- Importe al 100%**
- Importe a cargo**
- Nombre de la Farmacia**
- Sello y firma**
- Consignar CUIT si no figura en el sello**

RECETARIO



Lugar: 5770000019 - CORRIENTES CAPITAL - SECC.1 (CORRIENTES)

Fecha: 15/05/2023

Nº: 05-019-05413226

Nº Valid. Afil.: C2-B9-1F



DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: GUERRERO CIRO RIDUAN CUIL/T Titular: 20369559053
Tipo y N° de Documento: DNI: 57063024 Sexo: M Fecha de Nacimiento: 06/06/2018 Edad: 4
Tipo de Afiliado: RURAL Boca de Expendio: 5770000019 - CORRIENTES CAPITAL - SECC.1

PRESCRIPCION	Cantidad Recetada	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Total	% descuento al AFILIADO	Precio		
						Obra Social	Afiliado	
NOMBRE COMERCIAL	Número	Número						TROQUEL 1
NOMBRE GENERICO	Letra	Letra						
NOMBRE COMERCIAL	Número	Número						TROQUEL 2
NOMBRE GENERICO	Letra	Letra						

Diagnóstico R1: TOTAL RECETA \$
R2: TOTAL BENEFICIARIO \$
TOTAL OBRA SOCIAL \$

Fecha de Prescripción: / / Fecha de Dispensación: / /

Firma y Sello del Responsable de Boca de Expendio	Firma y Sello del Profesional	Matricula Nº	Firma y Sello del Farmacéutico
---	-------------------------------	--------------	--------------------------------

Desc. S/Form. Terap. Amb. OSPRERA

COMPLETAR POR EL AFILIADO O TERCERO

Aclaración de firma: Domicilio:
Firma Conforme Tipo y N° de Documento: Teléfono:

TROQUEL 3	TROQUEL 4	TROQUEL 5	TROQUEL 6	TROQUEL 7
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

VALIDEZ DEL RECETARIO: 30 DIAS CORRIDOS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION Y VERIFICANDO EL CODIGO DE SEGURIDAD

RECOMENDACIONES PARA EL FARMACEUTICO

- SR. FARMACEUTICO: Previo a la dispensación de los medicamentos prescritos y para evitar ulteriores inconvenientes, deberá corroborar:
- a. Que el Beneficiario y/o Tercero interviniente firme la presente, acreditándose su identidad.
 - b. Que la receta se encuentre perfectamente integrada por el profesional médico, con sello y firma del mismo.
 - c. Que no hayan transcurrido 30 (treinta) días corridos desde la fecha de emisión de la misma.

NO DEBE DISPENSAR LA RECETA SIN CONSIDERAR LAS RECOMENDACIONES ANTES ENUNCIADAS, EN CASO CONTRARIO
LA RECETA SERÁ RECHAZADA. POR CUALQUIER CONSULTA NO DUDE EN COMUNICARSE AL TELÉFONO: 0 800 999 AEPS (6458)