



## **VIGENCIA 4 de Octubre de 2014**

### **Normativas O.S.P.A.T. CRONICOS**

**Para el correcto funcionamiento de la Cobertura de medicamentos crónicos con el 70% de descuento se deberá proceder de la siguiente manera:**

**Las Seccionales de OSPAT tendrán en su poder los recetarios para dispensa de medicamentos de tratamiento crónico y el vademécum “Listado de Medicamentos con Cobertura del 70%” correspondiente, a fin de verificar todos los productos de dicho vademécum.**

**Cabe aclarar que también serán validos recetarios autorizados por la entidad. (ver al final de la norma el “modelo de sello de autorización de recetas”)**

**El afiliado concurrirá, con la receta del médico prescriptor, con la indicación de la medicación y la necesidad del tratamiento de cronicidad, a la seccional, si alguno de los productos que consume corresponde al Listado de Crónicos con el 70% de descuento.**

**El Listado de Crónicos representa los medicamentos con las drogas que la Superintendencia de Salud indica que tienen el 70%.**

**Si el medicamento se encuentra en el listado y la cronicidad ha sido indicada por el médico prescribiente, la seccional le entregará al afiliado la receta de cronicidad para que este la lleve a su médico habitual y el médico la complete en su totalidad para poder comprar en las farmacias con el descuento especial de este listado.**

### **Normativas O.S.P.A.T 70% CRÓNICOS**

Denominación:

- TURF

Nombre:

- Obra Social para el Personal de la Actividad Turf

Sigla:

- O.S.P.A.T.

Plan:

- O.S.P.A.T. CRONICOS 70%

Cobertura:

- 70% de descuento únicamente sobre productos del Listado de Medicamentos con Cobertura del 70%

Credenciales:



- Oficiales de la entidad (ver muestra)
- La compra puede ser realizada por el afiliado personalmente o un tercero, siempre que presente la credencial original del afiliado

Afiliados:

- Verificar padrón activos del mes de venta, en caso de no figurar en dicho padrón

Recetarios válidos:

- Recetarios oficiales de cronicidad (ver modelo), o en su defecto recetarios autorizados por la entidad.

Receta con Psicofármacos:

- Requiere duplicado de puño y letra del profesional.

Autorizaciones:

- Otorgadas por la entidad. Ver modelo de sello de autorización.

## **Normativa de prescripción**

Datos afiliados:

- Nombre y apellido y número de credencial de puño y letra del profesional y con la misma tinta.

Prescripción:

- La Receta debe estar prescrita por Denominación Genérica Internacional (nombre de la mono droga o compuesto), dosis (MG, mcg, MUI, etc.), forma farmacéutica (comp., iny, jbe, etc.) y tamaño (50 comp., 120 ml, etc.) de puño y letra del profesional y con la misma tinta. El profesional puede adicionar una marca comercial de referencia.

Datos medico:

- Sello en original que contenga nombre y apellido y numero de matricula.

Fecha y firma:

- Firma del profesional y fecha de prescripción de puño y letra del profesional y con la misma tinta (no se aceptan sello fechador o firmas digitales).

Genéricos:

- En caso de que se prescriba por principio activo se deberá expender la marca que solicite el afiliado (siempre verificar el listado de monodrogas incluidas para dicho plan).
- Si el profesional prescribe por marca comercial en cobertura, el afiliado puede elegir reemplazarlo por alguno que conste en el listado de monodrogas incluidas para el plan.
- En el caso de tratarse de una marca comercial fuera de cobertura, la dispensa será válida, siempre y cuando conste en el vademécum una presentación igual a la prescrita con la misma monodroga, dosis y presentación. Aclarar que se retira con conformidad del afiliado con firma y aclaración del mismo

Validez:

- Las recetas pueden contener la prescripción de hasta 90 días de tratamiento y caducan a los 90 días desde la fecha de inicio del tratamiento (primera venta, inicio de la adquisición)
- Las recetas tienen validez 20 días para el inicio de la adquisición desde la fecha de prescripción.
- La farmacia solo expenderá mensualmente la cantidad mínima necesaria para el tratamiento de 30 días, de acuerdo a la dosis diaria que indique el profesional en la receta.



## Límites de la cobertura

Ítems por receta:

- Lo prescrito por el profesional

Tamaños máximos por ítem por mes:

- Mensualmente hasta la caducidad de la receta la cantidad mínima necesaria para el tratamiento de 30 días.

Cobertura y exclusiones

- Productos del Listado de Medicamentos con Cobertura del 70%
- **Insulinas 100% de cobertura y tiras reactivas al 70% de cobertura con autorización previa de Salud Industrial.** (ver Autorizaciones).

Medicamentos/Insumos básicos	Cobertura (*)	Cantidad (**)
<b>1. Comprende pacientes diabéticos tipo 1 (ID)</b> • Insulina Concentración U-100 Tipos: Lispro, Corriente, NPH, Lenta, Ultralenta. Origen: Bovino, Porcino, Humano, Análogos	100%	Según prescripción
• Jeringas descartables para insulina U-100	100%	24 por año
• Agujas descartables p/uso subcutáneo	100%	100 por año
• Lancetas descartables para punción digital	70%	50 por año
• Digitopunsores automáticos	70%	1 cada 2 años
• Tiras reactivas para glucosa en sangre	70%	400 por año
• Tiras reactivas para acetona en orina	70%	50 por año
• Tiras reactivas para glucosa en orina Puede considerarse el uso de tiras combinadas para glucosa y acetona en orina	70%	100 por año
• Bomba de infusión continua para insulina	(***)	(***)
<b>1. Comprende pacientes diabéticos tipo 2 (NID)</b> • Antidiabéticos orales	70%	Según prescripción
• Tiras reactivas para glucosa en sangre	70%	50 por año
• Tiras reactivas para glucosa en orina	70%	100 por año
1. Reflectómetro para la lectura de las tiras reactivas para glucosas en sangre se otorgará a mujeres diabéticas embarazadas o personas con alteraciones visuales de los colores. Previa autorización de la Auditoría Médica correspondiente		

## Datos de Facturación y conformidades

Importes y cálculos de descuentos:

- La farmacia recibirá la receta de cronicidad y realizará 2 fotocopias de la misma.
- El Original deberá facturarlo en la primera facturación/entrega realizada y las fotocopias en cada facturación subsiguiente
- La facturación será nula si es presentada con posterioridad a los 60 días desde la fecha de venta de cada una de las provisiones
- Todos los productos deben contener el precio unitario en el ticket o ser colocados por la farmacia en la receta
- Los precios unitarios de cada producto deben ser los que corresponden al Manual Farmacéutico y/o sus "fé de erratas" y/o actualizaciones vigentes a la fecha en que se produce la venta



- El ticket o en su defecto la receta deberá contener: Importe total público de los productos expendidos, porcentaje e importe a cargo de la Obra Social y porcentaje e importe a cargo del afiliado y la fecha de venta
- La farmacia debe colocar en la receta el troquel de cada envase expendido teniendo especial cuidado de no tapar con los mismos la prescripción
- Tanto la receta original como las fotocopias para las siguientes entregas deben ser conformadas por el afiliado o tercero que realiza la compra colocando Firma, Aclaración, Fecha y su N° de Documento en el ticket o en el lugar donde se encuentre el importe a cargo del afiliado, para la receta original y las copias, al momento de efectuar cada compra
- A las recetas se le debe colocar el sello de la farmacia en cualquier lugar libre de la receta (no debe taparse ningún dato ni prescripción)
- **MUY IMPORTANTE:**

## **Tratamiento de las enmiendas**

En la prescripción:

- En el caso de la fecha, puede ser salvado por el farmacéutico, en otros casos comunicarse a FARM+ S.A. (para solicitar autorización)

En los datos del afiliado:

- En el caso en que figuren datos erróneos, como ser n° del afiliado, nombre y apellido del mismo o en la fecha de venta, pueden ser enmendadas por el farmacéutico a cargo, con firma y sello habilitante

En los datos de facturación:

- Cuando los importes y/o cálculos de descuento deban ser corregidos, la enmienda debe estar salvada por el afiliado o tercero que dio la conformidad original.

## **Modelos de recetarios Crónicos**

**Recetarios**



**RECETARIO CRONICIDAD PRESCRIPCION PARA 3 MESES**  
Resolución 310/04 y 331/04 Ministerio de Salud de la Nación y SSSalud

N° 1576

FECHA DE INSCRIPCION		NUMERO DE BENEFICIARIO			CAT	SEXO	EDAD	CODIGO PROFESIONAL G. INSTITUCION		SERIE	RECETA N°	CODIGO CUBA SOCIAL		<b>1-1100-1</b>	<b>HISTORIA CLINICA SIMPLIFICADA</b>				
															NOMBRE AFILIADO:				
APELLIDO Y NOMBRES							UNIDADES		FECHA DE DISPENSACION		CODIGO DE FARMACIA		N° DE ORDER		<b>ROTULO 3</b>		DIAGNOSTICO:		
							NRCS, LETRAS										SINTOMAS Y/O SIGNOS RELEVANTES:		
NOMBRE GENERICO Y DOSIS Rp. 1					FORMA FARMACEUTICA				CANTIDAD ENTREGADA		PRECIO UNITARIO		MPCORTE		<b>ROTULO 4</b>		TIEMPO DE EVOLUCION:		
NOMBRE GENERICO Y DOSIS Rp. 2					FORMA FARMACEUTICA												¿CAMBIO DE PRESCRIPCION EN PLAN CRONICIDAD? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
DIAGNOSTICO Rp. 1				DIAGNOSTICO Rp. 2				Certifico entrega del Medicamento		TOTAL RECETA (\$)				<b>ROTULO 1</b>		<b>ROTULO 2</b>		NOMBRE GENERICO Rp. 1:	
SELLO INSTITUCION		SELLO Y ACLARACION FIRMA Y MATRICULA		FIRMA MEDICO		SELLO		ACARGO BENEFIC. (\$)										DOSIS DIARIA:	
SUSTITUCION POR FARMACEUTICO (DE MARCA)								FIRMA FARMACEUTICO		ACARGO SOCIAL (\$)						NOMBRE GENERICO Rp. 2:			
Rp. 1				Rp. 2				BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> TERCEPO INTERVINIENTE <input type="checkbox"/>								DOSIS DIARIA:			
Consentimiento del paciente en caso de sustitucion		FIRMA PACIENTE:		AC. Aclaracion		FIRMA CONFORME		DECLARACION Y DOMICILIO:								FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL			

NO INCLUIR EN ESTE RECETARIO MEDICAMENTOS PARA: TEC-INSULINAS-YES-INDA-ERITRO-PROYETINAS-INMUNOSUPRESORES-HIV/HIV Y MEDICAMENTOS CON DOSERTURA DEL 40% UTILIZANDOSE PARA ELLO LOS RECETARIOS HABITUALES.

**Muy importante:**

**En caso de no presentarse recetario oficial, cabe recordar que también serán válidos aquellos recetarios que contengan autorización directamente de la entidad (O.S.P.A.T)**

**(la entidad no es ospat, es salud industrial)**



## “Modelo de sello de autorización de recetas”

Salud Industrial S.A.	/Convenios:
Apellido y Nombre:	
N° de Afiliado:	/Fecha:
Prestador	
Aut. S/Solicitud	
Sujeto a Posterior Auditoría	

## Modelo de credencial:

	<b>OSPAT</b>	<b>PROVISORIA</b>
Apellido y Nombre:	_____	
Fecha de ingreso:	_____	
Categoría:	_____	
Fecha de Vto.:	_____	
<b>OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF</b>		
Esta tarjeta es personal e intransferible para uso exclusivo del titular. Debe presentarse acompañada del DNI o Cédula de Identida.		
De encontrar extraviada esta tarjeta se ruega comunicarse a nuestra línea telefónica gratuita:		
<b>0800-999-1656</b>		
R.N.O.S.: 1-2170-5	<a href="http://www.ospat.com.ar">www.ospat.com.ar</a>	
Superintendencia de Servicios de Salud - Organo - Control - 0800 222 SALUD (72583) - <a href="http://www.salud.gov.ar">www.salud.gov.ar</a>		