



VIGENCIA 4 de Octubre de 2014

Normativas O.S.P.A.T PMI

DESCUENTO A EFECTUAR:

100%

IDENTIFICACION DEL AFILIADO

- **EMBARAZADA:** CREDENCIAL DE OSPAT
- **NIÑO MENOR A UN AÑO:** VERIFICAR A LA MADRE/PADRE EN EL PADRON O BIEN PRESENTE DOCUMENTACIÓN QUE VERIFIQUE SU FILIACIÓN (CREDENCIAL Y DNI DE LA MADRE O DEL PADRE)

RECETARIO:

Recetario autorizado por la entidad (ver “modelo de sello de autorización de recetas” al final de la norma)

VENCIMIENTO DEL BENEFICIO:

Embarazada: un mes posterior al parto.
Niño: El beneficio vence cuando cumple un año.

PRODUCTOS CON COBERTURA:

Embarazada: Vademécum PMI
Niño: Vademécum PMI

Prescripciones

- 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

COBERTURA LECHE

Cobertura de Leches Medicamentosas Recetada hasta el año de vida.

VENCIMIENTO DE LA RECETA: 30 DIAS

AUTORIZACIONES ESPECIALES:

Pueden ser emitidas por Farm+ con código de autorización o sello y firma autorizante. (Generalmente fax autorizante). También pueden ser autorizadas por la entidad. (ver “modelo de sello de autorización” de recetas)

En caso de que la receta tuviese datos erróneos, como ser nº del afiliado, en el nombre y/o apellido del mismo, los mismos pueden ser enmendados por la farmacia con conformidad del afiliado (firma y sello del afiliado y farmacia).

Por favor se solicita, que de manera mensual, puedan descargar desde nuestra página Web de Farm+,

(www.farmmas.com.ar), nuestras actualizaciones, para lograr de esta manera una mejor atención, no dude que, ante cualquier consulta, puede contactarse al 4328-5061 (INT. 13 y 15).

“Modelo de sello de autorización de recetas”

Salud Industrial S.A.	/Convenio:
Apellido y Nombre:	
Nº de Afiliado:	/Fecha:
Prestador	
Aut. S/Solicitud	
Sujeto a Posterior Auditoría	

“Modelo de credencial”

 OSPAT	PROVISORIA
Apellido y Nombre: _____	
Fecha de ingreso: _____	
Categoría: _____	
Fecha de Vto.: _____	
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF	
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:	
0800-999-1656	
R.N.O.S.: 1-2170-5	www.ospat.com.ar
Superintendencia de Servicios de Salud - Organo - Control - 0800 222 SALUD (72583) - www.salud.gov.ar	
 OSPAT	