



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL LADRILLERO

O.S.P.L.

Registro RNOS N° 1-1030-5

C.U.I.T. N° 33-61233768-9

Normas Operativas O.S.P.L.

Obra Social del Personal Ladrillero
Vigencia:

CREDECIAL: SI

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI (*1)

TIPO DE RECETARIO:

Particular: SI (*2)

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos

PSICOFARMACOS

Duplicado: SI

Fotocopias: NO

ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.

Con sello: SI

Manuscrito: NO

ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES

Letras: SI

Números: SI

LIMITACIONES CANTIDAD y TAMAÑO

Hasta dos (2) especialidades por receta y hasta una (1) unidad por especialidad, debiendo entregar siempre el menor tamaño.

Excepciones:

a) **Antibióticos inyectables monodosis:** Hasta cinco (5) unidades.

b) **Cuando se indique un tamaño distinto al menor:**

- Con TRATAMIENTO PROLONGADO: el siguiente al menor.

ESPECIALIDADES EXCLUIDAS:

PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS Y PRESENTACIONES QUE NO FIGUREN EN EL VADEMECUM (*3)

AUTORIZACIONES (*4)

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por el afiliado: SI (errores de expendio)

PRESENTACION (*5)

FACTURACION Y REFACTURACION: Ver normas generales de atención y presentación.

Importante:

1) **Toda receta y/o prescripción médica debe efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase y concentración.**

2) **todas las recetas deben poseer diagnostico el cual es obligatorio o en su defecto codificación de la O.M.S..**



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL LADRILLERO

O.S.P.L.

Registro RNOS N° 1-1030-5

C.U.I.T. N° 33-61233768-9

(*1) DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

- a) La farmacia deberá exigir D.N.I. / C.I. del Beneficiario.

(*2) RECETARIOS:

Las recetas deben contener, con la misma letra y tinta del profesional actuante, los datos que se detallan a continuación:

- Denominación de la Obra Social.
- Nombre y apellido.
- Número de afiliado.
- Tipo y número de Documento de identidad.
- **Diagnóstico**, o en su defecto codificación de la O.M.S.
- Fecha de prescripción, **NO es válido el SELLO FECHADOR.**
- Leyenda Plan Materno Infantil o similar. **(Sólo en PMI)**
- Semanas o meses de embarazo o días de postparto en el caso de la madre.

(Sólo en PMI)

- Meses de vida en el caso del niño. **(Sólo en PMI)**

Plan Materno Infantil: deberá estar ingresado y de alta en la Obra Social para recibir los beneficios

(*3) VADEMECUM:

Según Vademécum del Programa Médico Obligatorio (P.M.O) _ Buscar en página Web SSSalud.gov.ar

Se deberá verificar que el principio activo/genérico, forma farmacéutica y presentación de lo prescripto, se halle incluido en el vademécum vigente al momento del expendio, pudiendo entregar cualquier nombre comercial existente en vuestro stock, siempre que se corresponda exactamente con la prescripción del profesional.

(*4) AUTORIZACIONES:

Las únicas autorizaciones válidas son las extendidas por O.S.P.L. mediante fax, el cual se deberá adjuntar a la receta para su posterior facturación.

(*5) PRESENTACION:

- a) Las facturaciones se deberán presentar en planillas por separado, según el siguiente detalle:
- 40 % AMBULATORIO
 - 40 % CRONICIDAD

Domicilio Administrativo: Hipólito Yrigoyen 1534, 3º, CABA (C1089AAB)

Tel.: 0800 345 0394

Sitio Web: <http://o-s-p-l.org/>



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL LADRILLERO

O.S.P.L.

Registro RNOS N° 1-1030-5

C.U.I.T. N° 33-61233768-9

-
- 70 % CRONICIDAD
 - 100 % CRONICIDAD (Enfermedades Crónicas Cobertura de acuerdo a SSSalud y Casos Especiales)
 - 100 % ANTICONCEPCION
 - 100 % PLAN MATERNO INFANTIL
- b) En aquellos casos en que no se entregue la totalidad de los productos prescritos, se deberá anular (tachar) el/los renglón/es que corresponda.-
- c) Se deberán agregar los troqueles en el mismo orden de la prescripción.
- d) Adjuntar a cada receta su correspondiente ticket de venta homologado por la DGI.
- e) Las refacturaciones se deberán presentar por separado del consumo de cada mes, en una planilla con la leyenda REFACTURACION y durante el período de facturación siguiente a la recepción del débito.

(*6) PLAN MATERNO INFANTIL:

- a) **La Farmacia deberá solicitar la autorización vía fax al 4381-3920 para poder realizar el correspondiente expendio, la cual será respondido por la Obra Social a partir de los 3 días hábiles de la fecha de ingreso a la misma**
- b) **Período de cobertura:**
- **Para la Madre:** Durante el embarazo y hasta 30 días posteriores al parto.
 - **Para el Niño: MEDICAMENTOS:** Hasta el primer (1er.) año de vida.

(*7) ENFERMEDADES CRONICAS:

- a. **La Farmacia deberá solicitar la autorización vía fax al 4381-3920 para poder realizar el correspondiente expendio, la cual será respondido por la Obra Social a partir de los 3 días hábiles de la fecha de ingreso a la misma.**
- b. **Antes de expedir medicamento todos los enfermos crónicos deberán empadronarse en base de datos de O.S.P.L.**
- c. **Prestaciones Especiales: el paciente deberá firmar ante O.S.P.L. adhesión al tratamiento instituido.**

Domicilio Administrativo: Hipólito Yrigoyen 1534, 3°, CABA (C1089AAB)

Tel.: 0800 345 0394

Sitio Web: <http://o-s-p-l.org/>



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL LADRILLERO

O.S.P.L.

Registro RNOS N° 1-1030-5

C.U.I.T. N° 33-61233768-9

MUY IMPORTANTE:

Ante cualquier duda en la interpretación de las Normas consultar a las siguientes líneas: 0 800 345 0394 o 5199-1579 (De Lunes a Viernes de 10 a 17 Hs.)

Domicilio Administrativo: Hipólito Yrigoyen 1534, 3°, CABA (C1089AAB)

Tel.: 0800 345 0394

Sitio Web: <http://o-s-p-l.org/>