

Normas Operativas O.S.P.I.M Farmacia Vigencia MAYO 2014

1.- Ámbito de aplicación

Todo el país

2.- Descuentos:

| | | A CARGO | |
|------------------|-------------------|-------------------------|--------------|
| PLAN | 7 CBJ9B-C | OSPIM | 5 AHA5 |
| AMBULATORIO | OSPIM (Solamente) | Monto Fijo VDM OSPIM(#) | |
| AMBULATORIO | OSPIM/UOMA | % Segun VDM OSPIM (*) | |
| AMBULATORIO | OSPIM/AMTIMA | % Según VDM AMTIMA (*) | % AMTIMA (*) |
| PMI | Todos | 100,00% (*) | |
| INSULINA Y TIRAS | Todos | 100,00% (*) | |

(#) Valores a Monto fijo según SSSalud

(*) Porcentaje sobre el precio de venta al publico

3.- Requisitos de la Receta: son validos para todos los planes

| | |
|--|--|
| Recetario | Se aceptara solo recetario oficial |
| | Se aceptaran recetarios con publicidades y/o otros tipos de membretes solo en el caso de prescripciones autorizadas. |
| | <u>No se aceptaran fotocopias de recetas</u> |
| Datos contenidos en la receta: los datos manuscritos por el profesional deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma | Fecha de emisión de la receta Nombre y apellido del afiliado Numero de DNI. Numero de afiliado, de corresponder según plan, se deben completar todos. Diagnostico "OBLIGATORIO", Vale codificado CIE 10. Matricula del profesional medico. Firma y sello aclaratorio del profesional medico. Detalle de los medicamentos. Cantidad en numero y letras |
| Validez para la venta | 30 días a partir de la fecha de emisión, incluyendo la misma. |
| Validez para la presentación | 30 días corridos a partir de la fecha de venta e incluyendo la misma |
| Cantidad máxima de medicamentos por receta y de envases por receta | Hasta dos medicamentos diferentes por receta y hasta un envase por renglón |

| | |
|---|---|
| Contenidos máximos de cada medicamento según tamaño | Tamaño especificado: lo requerido en la receta Tamaño no especificado: vender la menor presentación Especifica grande: vender la presentación siguiente a la menor Se aceptara solo un envase grande por receta. Presentación de tamaño único, se toma como menor tamaño. |
| Antibióticos inyectables | Monodosis: hasta 5 unidades individuales por receta. Multidosis: un SOLO envase. |

4.- Requisitos del afiliado.

| | |
|-------------------------|---|
| Deberá presentar | Credencial de afiliación vigente. Receta correspondiente. Relación de dependencia: Ultimo recibo de sueldo que debe corresponderse al mes anterior del pedido de dispensa. Monotributistas y/o Servicio Domestico: ultimo pago (mes en curso). |
| Modelos de credenciales | Ver Anexo I |

5.- Requisitos de conformidad para el expendio

| | |
|---|---|
| La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente: | Pegar con adhesivo (no abrochar) el troquel con su código de barras y numero de troquel identificadorio. Adjuntar a la receta Copia del Ticket Fiscal o Factura La receta deberá contener: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de dispensación. • Detalle de los medicamentos dispensados • Importes unitarios, totales y porcentaje a cargo de la entidad • Firma, aclaración, DNI, domicilio, teléfono de la persona que retira la medicación • Sello de la farmacia y del Farmacéutico Director Técnico al dorso de la receta. |
|---|---|

6.- Enmiendas:

| | |
|-----------|---|
| Recordar: | Las correcciones y enmiendas en la prescripción de la receta deberán estar salvadas por el profesional medico con su sello y firma. Las correcciones y enmiendas en la dispensa de la receta deberán estar salvadas por el profesional farmacéutico El farmacéutico podrá modificar algún numero de |
|-----------|---|

| | |
|--|---|
| | afiliado en caso de error del medico, para que concuerde con el de la credencial. |
|--|---|

7.- Exclusiones.

| | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| Están excluidos de la cobertura | Medicamentos excluidos de vademécum. |
|---------------------------------|--------------------------------------|

8.- Autorizaciones:

| | |
|---------|---|
| Validez | <p>Toda autorización tendrá validez si la misma contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de autorización • Medicación autorizada • Porcentaje al cual se autoriza • Motivo por el cual se autoriza • Sello OSPIM • Firma y sello de Auditoria de Medicamentos <p>Nota: se debe presentar receta original y copia autorizada</p> |
|---------|---|

9.- Casos especiales:

| | |
|---|--|
| Leches | <p>Con autorización previa, cobertura 100 %, SOLO Medicamentosas. Hasta el año de vida. Hasta 4 kg mensual.</p> <p>NO SE RECONOCEN LECHEs MATERNIZADAS.</p> |
| PMI Madre/ Hijo | <p>Cobertura del 100 % medicación dentro de Vademécum PMI según corresponda. Hasta un mes luego de la fecha estipulada de parto, hasta el año de vida para el hijo.</p> |
| Insulinas | <p>Con autorización previa, cobertura del 100% según prescripción medica.</p> |
| Tiras reactivas | <p>DBT Tipo I: <u>Plan Integral/Total</u>: Con autorización previa, cobertura del 100%. <u>Otros planes</u>: Con autorización previa, cobertura al 70%.</p> <p>DBT Tipo II: <u>Plan Integral/Total</u>: Con autorización previa, cobertura del 100%. <u>Otros planes</u>: Con autorización previa, cobertura al 70%.</p> |
| Jeringas y Agujas | <p>Con autorización previa al 100%:</p> |
| Lancetas descartables para digitopunzor | <p>Con autorización previa, cobertura al 70 %.</p> |
| Anticonceptivo | <p>Con autorización previa, cobertura al 100%</p> |

| | |
|--------------|---|
| Discapacidad | anticonceptivos incluidos en PMO. Con autorización previa, cobertura al 100 %. |
|--------------|---|

10.- Presentación:

| | |
|-------------------|---|
| Caratula /Detalle | Nombre y dirección de la farmacia Periodo presentado CUIT Cantidad de recetas presentadas (Discriminar Plan) Importe Total A/C OSPIM Importe Total A/C AMTIMA |
| Plan | Cada plan debe presentarse por separado, incluyendo casos especiales. |