

## NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE: OSPRA (Obra Social del Personal de Prensa de la Rep. Arg.)

### DESCUENTOS A CARGO DE OSPRA

<b>AMBULATORIO</b>	40 %, 70% o 100% de descuento para todas las especialidades medicinales incluidas en el <b>Manual Farmacéutico o Agenda Kairos</b> , las exclusiones deberan ser autorizadas por Auditoría Médica de OSPRA Central <b>IMPORTANTE:</b> Los productos con 70% y 100% de descuento, requieren autorización previa de OSPRA. De no poseerla se expendrán al 40%
<b>PLAN MATERNO INFANTIL</b>	100% de descuento con autorización previa de OSPRA
<b>MEDICAMENTOS ESPECIALES</b>	Reconoce todos los medicamentos, prescriptos por nombre genérico, incluidos en el Manual Farmacéutico, con el 100% de cobertura, en receta autorizada por OSPRA Central. No son válidas las recetas autorizadas por Delegaciones.
<b>PLAN DISCAPACIDAD</b>	Reconoce todos los medicamentos, prescriptos por nombre genérico, incluidos en el Manual Farmacéutico, con el 100% de cobertura, en receta autorizada por OSPRA Central. No son válidas las recetas autorizadas por Delegaciones.
<b>MUY IMPORTANTE</b>	<b>Los medicamentos cuyo precio de venta al público sea superior a \$ 400 requerirán expresa autorización de la Auditoría Médica de OSPRA CENTRAL</b>

### DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

Credencial, Documento de Identidad y Receta

### RECETARIO

TIPO: OFICIAL ó Convencional  
VALIDEZ: 30 (TREINTA) días incluyendo la fecha de prescripción.

Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional y con la misma tinta:

- ▶ Nombre de la Obra Social
- ▶ Apellido y Nombre del Beneficiario, Edad y Sexo
- ▶ Número de Beneficiario y categoría (nunca "EN TRAMITE") ni otro numero distinto al de la credencial.
- ▶ Medicamentos recetados y cantidad de c/u en números y letra (si no se expresa cantidad se expendrá solamente uno) prescriptos por droga, concentración y forma farmacéutica.
- ▶ Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- ▶ Fecha de Prescripción
- ▶ Diagnóstico. Se aceptan siglas OMS, CIE 10.
- ▶ Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.

### LIMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES:	2 (Dos)
POR RECETA:	Hasta 2 (Dos) envases de distinto principio activo
POR RENGLÓN:	Hasta 1 (un) envase de distinta especialidad
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS:	Hasta 5 (cinco) por receta
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS:	Hasta 1 (uno) por receta

### LIMITES DE TAMAÑOS

HASTA 1 (UNO) DE TAMAÑO GRANDE O SIGUIENTE AL MENOR POR RECETA con leyenda "TRATAMIENTO PROLONGADO"

### OTRAS ESPECIFICACIONES

Quando el Médico:

Deberá Entregarse:

No indica Contenido	—————>	El de Menor Contenido
Si indica Tamaño "Grande"	—————>	La presentación siguiente a la menor
Equivoca Cantidad o Contenido	—————>	El tamaño inmediato inferior

**PSICOFARMACOS**

El profesional debe confeccionar además un segundo recetario de acuerdo a las normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia. (No se aceptan fotocopias)

**MEDICAMENTOS FALTANTES**

Si por cualquier motivo en la farmacia falta el o los productos recetados, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 Hs. de haber sido requeridos por el beneficiario, quien debe conocer tal condición para adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo.

**DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA**

- ▶ Adjuntar los troqueles del siguiente modo: (si no posee troquel indicar sigla S/T o adjuntar solapa identificatoria)  
De acuerdo al orden de prescripción.  
Incluyendo el código de barras.  
No utilizar goma de pegar (usar abrochadora o cinta adhesiva, para poder auditar el dorso del troquel)
  - ▶ Número de orden de la receta.
  - ▶ Fecha de Venta.
  - ▶ Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos), las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario.
  - ▶ Sello y firma de la farmacia.
  - ▶ Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
  - ▶ Consignar los importes: Unitarios, Total, A CARGO de OSPRA, A CARGO Afiliado.
  - ▶ Adjuntar copia del ticket de venta. En caso de no poder hacerlo notificar por escrito las razones.
  - ▶ Los errores de expendio deberán estar salvados por el beneficiario con su firma y N° de documento.
- IMPORTANTE:** Toda receta no presentada en el mes correspondiente podrá ser presentada **hasta el mes siguiente**. Pasado dicho plazo serán rechazadas.

**EXCLUSIONES**

Los descuentos indicados en este instructivo se aplican sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta incluidas en el manual Farmacéutico o Agenda Kairos  
**NO SE CUBRIRAN:** Medicamentos de Venta Libre, Cosméticos, Antiacnéicos antipruriginosos, Leches Maternizadas, Vacunas  
**Los medicamentos no incluidos sólo podrán expendirse si se encuentran previamente autorizados por OSPRA CENTRAL**

**AUTORIZACIONES**

Las recetas con autorización previa deberán ser liquidadas por separado del resto de las recetas.  
 Las mismas deberán ser agrupadas con la leyenda "Autorizaciones Especiales".  
**Es válida la autorización via FAX y podrá ser solicitada de Lunes a Viernes en el horario de 10 a 17:30 hs**  
**Teléfonos: 011-4305-6768 / 5338. Dicha autorización deberá adjuntarse a la receta, y debe ser emitida por OSPRA CENTRAL exclusivamente (no son válidas las autorizaciones emitidas por las delegaciones)**

**PLAN MATERNO INFANTIL**

Para la madre y el recién nacido (hasta el año de vida), se reconocerán todos los medicamentos incluidos en el Manual Farmacéutico con 100% de cobertura, previa autorización de OSPRA.

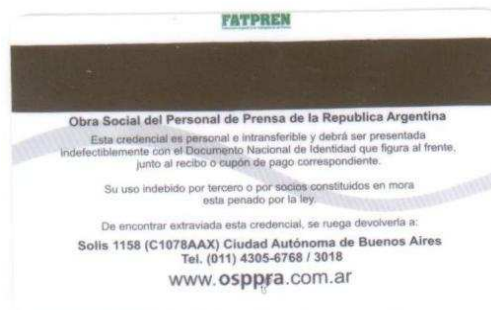
Leches maternizadas: Únicamente las autorizadas por OSPRA.

Leches medicamentosas: Únicamente las autorizadas por OSPRA Central.

**PLAN DISCAPACIDAD**

La Obra Social llevará una ficha de seguimiento que deberá ser presentada al momento del expendio. Reconoce todos los medicamentos, prescritos por nombre genérico, con el 100% de cobertura, en receta autorizada por OSPRA Central. No son válidas las recetas autorizadas por Delegaciones.

**MODELOS DE CREDENCIALES (No son válidas la credenciales sindicales)**



**Verificar validez de la credencial según sello al dorso**

MODELO DE RECETARIO OFICIAL



# ORDEN DE FARMACIA

Fecha: ...../...../.....

Nº 1121

Obra Social del Personal de Prensa de la República Argentina				CODIGO 1-1720/7	Solis 1158 (C1078AXX) CABA Tel. (011) 4305-6768 / 3018 www.osppra.com.ar			
Nº de Beneficiario	Cat.	PLAN	Edad	Sexo	DIAGNOSTICO / CIE10			
				M ○ F ○	Fecha de Dispensación	Cat.	CODIGO DE FARMACIA	Nº ORDEN
Nombre y Apellido del beneficiario				Cantidad Recetada Numeros / Letras				
Rp./					Cantidad Entregada	PRECIO UNITARIO (\$)	IMPORTE (\$)	A/C O SOC.
Rp./								
Sello de la Institución	Firma y sello del médico	Firma y aclaración del Beneficiario		ROTULO 1		ROTULO 2		ROTULO 3