

**Vigente a partir del 1º de Junio de 2013.**
**1. Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)**

1.1. Ambulatorio:	<b>40%</b>
1.2. Recetario Oficial Descuento Adicional: (Ospedyc - Ambulatorio 40% + Utedyc - Adicional 10%)	<b>50%</b>
1.3. Recetario Oficial Seccional La Plata (según muestra) (No requiere presentar el Recetario Oficial de Descuento Adicional UTEDYC 10%)	
1.4. Plan Materno Infantil:	<b>100%</b>

**2. Habilitación del beneficiario:**

- 2.1. Credencial (según muestra). **En caso de no contar con credencial**, último recibo de sueldo (hasta tres meses de antigüedad respecto a la fecha de venta).
- 2.2. Constancia de Afiliación (para el caso de nuevos beneficiarios), según muestra. Válida por un término de 30 días.
- 2.3. Documento de Identidad (DNI, LC, LE)
- 2.4. No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada.

**3. Recetario:**

3.1. Tipo de recetario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficial de OSPEDYC o UTEDYC.</li> </ul> <b>Atención: Sólo son válidos los modelos de recetarios incluidos en el punto 15.</b> No se aceptarán prescripciones efectuadas en otros modelos de recetario <u>aún cuando estén autorizados por la Delegación Regional de OSPEDYC.</u>
3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre y apellido del paciente;</li> <li>• Número de afiliado tal como figura en la credencial;</li> <li>• <b>Diagnóstico (codificado o en letras) en recetarios que cuenten con el casillero para tal fin. <u>NO es obligatorio</u></b> en modelos que no cuenten con dicho casillero);</li> <li>• Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letras;</li> <li>• Firma y sello con número de matrícula y aclaración;</li> <li>• Fecha de prescripción</li> </ul>

**4. Validez de la receta:**

El día de la prescripción y los **30** días siguientes.

**5. Topes de cobertura:**

5.1. Límites de cantidades:			
Renglones por receta:	Hasta 2 (dos). Los 2 productos deben ser diferentes (NO PODRÁN entregarse 2 (dos) productos de igual nombre comercial, forma, dosis y contenido).		
Envases por renglón:	Hasta 1 (uno)		
Envase por tamaño:	Hasta 1 grande por receta* *salvo que cuente con autorización previa de OSPEDYC (Ver punto 8)		
5.2. Tratamiento Prolongado:	No rigen límites de cantidades diferentes a los mencionados aún cuando la receta indique la leyenda "Tratamiento Prolongado".		
5.3. Antibióticos Inyectables:	<table border="1"> <tr> <td><b>Presentación</b></td> <td><b>Entregar</b></td> </tr> </table>	<b>Presentación</b>	<b>Entregar</b>
<b>Presentación</b>	<b>Entregar</b>		

	Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	Hasta 5 (cinco) por receta. Se considera tamaño grande a los efectos del límite de envases por receta
	Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	Hasta 2 (dos) por receta. Se considera tamaño chico a los efectos del límite de envases por receta
5.4. Psicofármacos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia.</li> </ul>	
5.5. Otras especificaciones:	<b>Cuando el médico:</b>	<b>Debe entregarse:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>No especifica cantidades</li> <li>Sólo indica la palabra "grande"</li> <li>Equivoca la cantidad y/o contenido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El envase de menor contenido.</li> <li>La presentación siguiente a la menor.</li> <li>El tamaño inmediato inferior al indicado.</li> </ul>

## 6. Plan Materno Infantil:

6.1. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Oficial de la entidad con la leyenda "<b>Plan Materno Infantil</b>" o "<b>PMI</b>" indicada mediante puño y letra del profesional prescriptor.</li> </ul>
6.2. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Medicamentos:</b> Los incluidos en el Vademécum, identificados como pertenecientes al PMI. <b>NO requiere Autorización Previa.</b></li> <li><b>Leches:</b> Según vademécum, <b>únicamente con Autorización Previa.</b></li> </ul>
6.3. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Similar al resto de los planes</li> </ul>

### ATENCIÓN:

La cobertura del Plan Materno Infantil **NO REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA DE OSPEDYC CON EXCEPCIÓN DE LAS LECHES**

## 7. Productos Cubiertos:

Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM vigente.

Dicho vademécum identifica en la columna "Observaciones" las siguientes Coberturas:

- **Cobertura General:** 40% de descuento.
- **Cobertura según Resolución M.S.310/04:** 40% de descuento en su farmacia. En caso de que el afiliado requiera la cobertura establecida en la resolución mencionada, **debe derivarse a la Obra Social para su empadronamiento.**
- **Cobertura Plan Materno Infantil:** 100% de descuento con autorización o sin autorización según corresponda.

## 8. Autorizaciones Especiales:

Sólo podrán expenderse recetas que NO cumplan con todos los requisitos, pertenecientes al Plan Materno Infantil (ver punto 6) o por límites de cantidades, cuando se hallen autorizadas mediante firma y sello por cualquiera de las siguientes personas:

- DR. DANIEL MEZZANOTTE (EXCLUSIVAMENTE CIUDAD DE MAR DEL PLATA)
- DR. RAFAEL PEREDA (EXCLUSIVAMENTE LA PLATA Y GRAN LA PLATA)
- DR. RICARDO VELCHOFF
- DR. SANTIAGO JULIO
- DR. SILVIO COISSON (EXCLUSIVAMENTE PROVINCIA DE CÓRDOBA)
- DR. VÍCTOR GARCÍA PÉREZ
- DRA. ADRIANA RUSSO
- DRA. LILIANA MORANDO
- DRA. MARIELA TORRES
- DRA. PATRICIA GIMÉNEZ
- DRA. SILVIA LAURIA
- DRA. SOLANGE BAYNAUD

Por lo tanto **NO son válidas las autorizaciones especiales efectuadas por personas diferentes a las indicadas.**

## 9. Medicamentos Faltantes:

Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta.

**10. Datos a completar por la farmacia:**

- 10.1. Código de farmacia
- 10.2. Fecha de venta;
- 10.3. Si la presentación no contiene numero de troquel, adjuntar código de barras del mismo;
- 10.4. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales)
- 10.5. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;
- 10.6. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos;
- 10.7. Ticket de venta, copia o factura manual;

**11. Recomendaciones Especiales:**

- 11.1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente;
- 11.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
  - De acuerdo al orden de la prescripción.
  - Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
  - Se sugiere adherirlos con goma de pegar (sin utilizar abrochadora o cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).

**12. Atención de Consultas:**

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de **COMPANÍA** al (011) 4136-9090 – Fax: (011) 4136-9001- E-mail: [info@csf.com.ar](mailto:info@csf.com.ar), de Lunes a Viernes, de 8:30 a 18:30 horas.

**13. Presentación de Recetas:**

Todas las recetas de OSPEDYC deben presentarse bajo un único plan “MIXTO”. Es decir **sin separarlas por porcentaje de descuento**.

El porcentaje de descuento aplicado a cada medicamento debe figurar en el ticket de venta o bien agregado junto a la prescripción en forma manuscrita.

En los resúmenes de liquidación y facturaciones se deben volcar los importes correspondientes identificando el plan como “MIXTO”.

**14. Muestra de Credencial:**

**15. Muestras de recetarios:**

USO EXCLUSIVO DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR				USO EXCLUSIVO DE LA FARMACIA			
Fecha Prescripción	Apellido y Nombres			Fecha de Dispensa	Código de Farmacia	N° de orden	
Plan de Cobertura	Afiliado N°	Edad	Sexo F M	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe Total	% OSPEDyC
Monodroga	Presentación	Cantidad Recetada N° Letras		Certifico la correcta entrega de los medicamentos facturados	Total recetado		
Nombre Comercial Sugerido					A cargo afiliado		
Monodroga	Presentación	Cantidad Recetada N° Letras		Firma y Sello Farmacéutico	A cargo OSPEDyC		
Nombre Comercial Sugerido							
Diagnóstico				Firma Profesional Prescriptor			
Sello Aclaratorio de Firma y Matricula				Firma Conforme Aclaración			
Beneficiario <input type="checkbox"/> Tercero int. <input type="checkbox"/>				Domicilio			
Documento Tipo N°				Teléfono			

**Rótulo 1**  
**Rótulo 2**  
Repetición de Troquelados al Dorso

FS-10300U  
Registro Nacional de las Obras Sociales N°1-0600-5 Alberti 646 (C1223AAD) Ciudad Autónoma de Buenos Aires Teléfono 5353 3500 info@ospedyc.org.ar www.ospedyc.org.ar

### Recetario Descuento Adicional (10%)


USO EXCLUSIVO DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR				USO EXCLUSIVO DE LA FARMACIA			
Fecha Prescripción	Apellido y Nombres			Fecha de Dispensa	Código de Farmacia	N° de orden	
Plan de Cobertura	Afiliado N°	Edad	Sexo F M	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe Total	% OSPEDyC
Monodroga	Presentación	Cantidad Recetada N° Letras		Certifico la correcta entrega de los medicamentos facturados	Total recetado		
Nombre Comercial Sugerido					A cargo afiliado		
Monodroga	Presentación	Cantidad Recetada N° Letras		Firma y Sello Farmacéutico	A cargo OSPEDyC		
Nombre Comercial Sugerido							
Diagnóstico				Firma Profesional Prescriptor			
Sello Aclaratorio de Firma y Matricula				Firma Conforme Aclaración			
Beneficiario <input type="checkbox"/> Tercero int. <input type="checkbox"/>				Domicilio			
Documento Tipo N°				Teléfono			

**Rótulo 1**  
**Rótulo 2**  
Repetición de Troquelados al Dorso


**Descuento 40% + Descuento 10%**  
**PARA AFILIADO OSPEDYC + PARA AFILIADO UTEDYC**

FS-10300b  
Registro Nacional de las Obras Sociales N°1-0600-5 Alberti 646 (C1223AAD) Ciudad Autónoma de Buenos Aires Teléfono 5353 3500 info@ospedyc.org.ar www.ospedyc.org.ar

**Recetario Seccional La Plata (50%)**

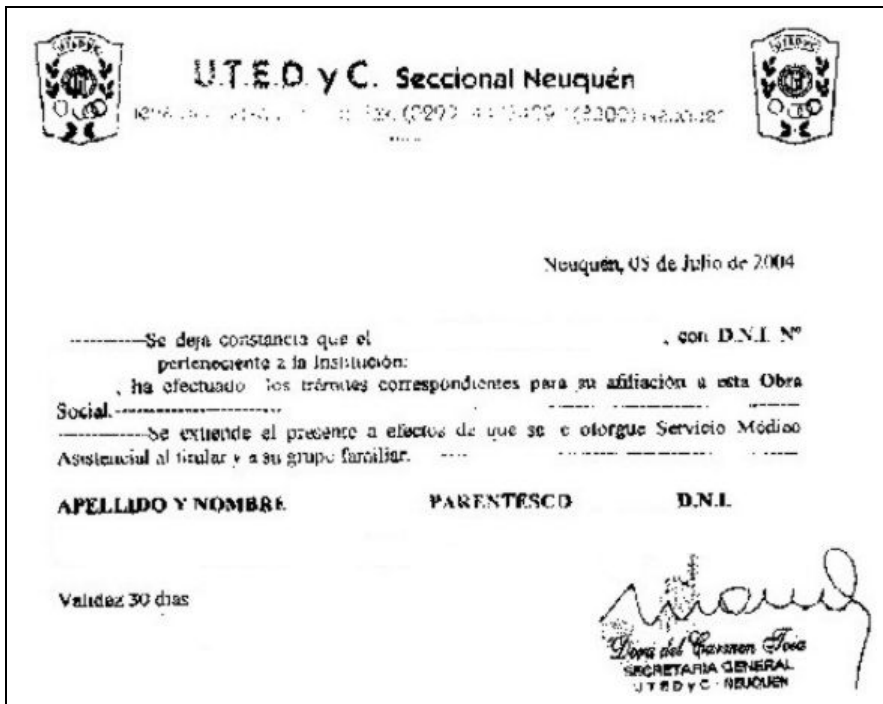
 <b>ORDEN DE FARMACIA</b>		Fec Emision: / /
Nro Afiliado: /		Id Orden:
Domicilio: <b>CALLE</b>		Fec Nacimiento: / /
Prestador:		Edad: <b>% Descuento: 50,00</b>
TRATAMIENTO PROLONGADO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CANTIDAD DE DIAS	
MEDICAMENTO (Nombre,Dosis, Presentacion)	Cant Recet	Cant Entreg
	Precio Unitario	% Desc
	Importe	
TROQUEL I		TROQUEL II
Firma del Medico		Firma del Beneficiario
Firma del Beneficiario		
Total de la receta _____ A cargo del Afiliado _____ A cargo de la OSPEDYC _____ Sr. FARMACEUTICO: ADHIERA LOS TROQUELES A LA PRESENTE RECETA PARA FACTURAR Diagnostico: _____ Esta receta fue prescripta de acuerdo a la ley Nro. 25649		



Dicho recetario posee 50% de descuento sin necesidad de presentar el Recetario Oficial de Descuento Adicional UTEDYC (10%).

 <b>OBRA SOCIAL PERSONAL ENTIDADES DEPORTIVAS Y CIVILES</b> <b>O.S.P.E.D. y C.</b> TIERRA DEL FUEGO 385 TEL/FAX 0299 / 442 3409 (8300) NEUQUEN			
APELLIDO _____ Nombre: _____ N° _____ EDAD _____ FECHA _____	Rp/	CANTIDAD PRECIO UNITARIO PRECIO TOTAL	TOTAL Afiliado % 20 OSPEDYC % 40
IMPORTANTE: Antes de firmar la conformidad verifique la correcta aplicación del porcentaje a su cargo y que los montos facturados concuerden con los medicamentos.			
Firma y Matricula Profesional	Conformidad Afiliado		

Cabe aclarar que aunque este modelo de recetario cuenta con tres renglones, rigen los límites de cantidades mencionados en el punto 5 del presente Anexo.

**16. Muestra de Constancia de Afiliación:**



 **UTEO y C. Seccional Neuquén**   
Calle 14 de Julio 1000 - Neuquén - Tel: (0292) 4415409 - (0292) 4415410


Neuquén, 05 de Julio de 2004

-----Se deja constancia que el \_\_\_\_\_, con D.N.I. N° \_\_\_\_\_  
pertenece a la Institución:  
\_\_\_\_\_, ha efectuado los trámites correspondientes para su afiliación a esta Obra  
Social.-----

-----Se extiende el presente a efectos de que se le otorgue Servicio Médico  
Asistencial al titular y a su grupo familiar.-----

APPELLIDO Y NOMBRE	PARENTESCO	D.N.I.

Validez 30 días

  
Dora del Carmen Foca  
SECRETARIA GENERAL  
UTEO y C. NEUQUEN