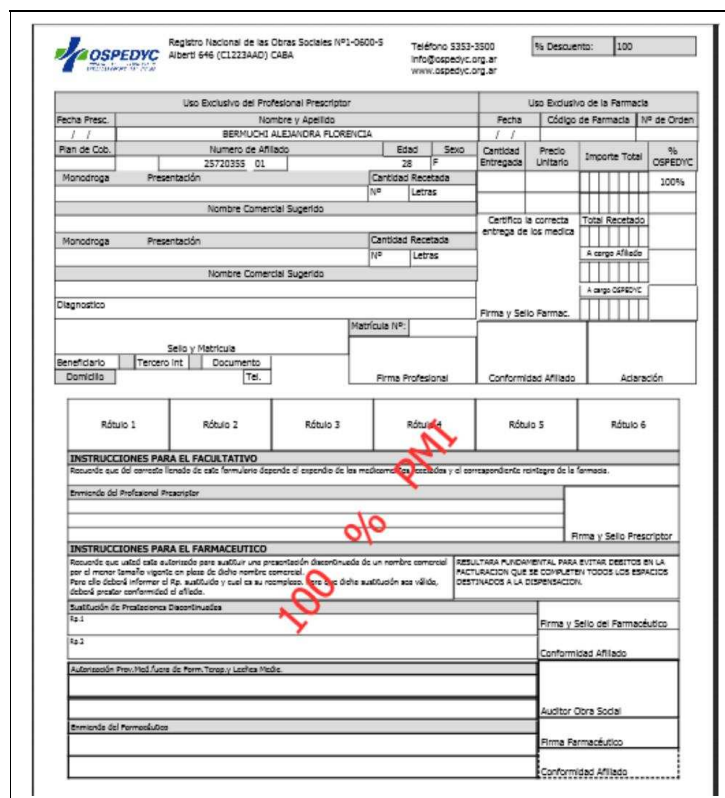


 <p>OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ENTIDADES DEPORTIVAS Y CIVILES CÓDIGO DE ENTIDAD: 285</p>	<h2>Validación Plan Materno Infantil / Nuevo Manual de Uso</h2>
--	---

Informamos que **a partir de la fecha se implementan las siguientes modificaciones** en las normas de atención de OSPEDYC:

A. VALIDACIÓN PLAN MATERNO INFANTIL:

Se implementa la **validación de Plan Materno Infantil para el recetario que se detalla a continuación**, tal como rige actualmente para la cobertura general (40% y 50%):



Registro Nacional de las Obras Sociales Nº1-0600-5
Alberti 646 (C1223AAD) CABA
Teléfono 5353-3500
info@ospedyc.org.ar
www.ospedyc.org.ar

% Descuento: 100

Uso Exclusivo del Profesional Prescriptor				Uso Exclusivo de la Farmacia			
Fecha Presc.	Nombre y Apellido			Fecha	Código de Farmacia	Nº de Orden	
/ /	BERMUCHI ALEXANDRA FLORENCIA			/ /			
Plan de Cob.	Numero de Afiliado	Edad	Sexo	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Importe Total	% OSPEDYC
	25720355 01	25	F				100%
Monodroga	Presentación	Cantidad Recetada		Certifico la correcta entrega de los medicos			
		Nº Letras					
Nombre Comercial Sugerido				Total Recetado			
Monodroga	Presentación	Cantidad Recetada		A cargo Afiliado			
		Nº Letras		A cargo OSPEDYC			
Nombre Comercial Sugerido				Firma y Sello Farmac.			
Diagnostico				Firma Profesional			
Sello y Matricula				Conformidad Afiliado			
Beneficiario	Tercero Int.	Documento	Matricula (Nº)	Aclaración			
Domicilio	Tel.						

Róbulos 1 a 6

INSTRUCCIONES PARA EL FACULTATIVO
Responde que del contenido llenado de este formulario depende el expendio de los medicamentos recetados y el correspondiente reintegro de la farmacia.
Escribir el nombre del Profesional Prescriptor
Firma y Sello Prescriptor

INSTRUCCIONES PARA EL FARMACEUTICO
Responde que validó esta autorización para sustituir una presentación discontinuada de un nombre comercial por el menor tamaño vigente en plaza de dicho nombre comercial. Para ello deberá informar el Rp. sustituido y suel ca su reemplazo. Para que dicha sustitución sea válida, deberá probar conformidad al afiliado.
Sustitución de Presentaciones Discontinuas
Rp.1
Rp.2
Firma y Sello del Farmacéutico
Conformidad Afiliado
Autorización Prev. Mod. Func. de Perm. Temp. y Lectura Medic.
Escribir el nombre del Farmacéutico
Auditor Obra Social
Firma Farmacéutico
Conformidad Afiliado

- La **validación de Plan Materno Infantil rige exclusivamente para dicho recetario.**
- En caso de que el beneficiario presente los **recetarios oficiales habituales de OSPEDYC para Plan Materno Infantil, debe ser atendido de acuerdo a la modalidad tradicional (sin validación).** De todos modos, debe ser derivado a la Entidad para su empadronamiento correspondiente.

ANTE CUALQUIER DUDA, COMUNÍQUESE CON NUESTRO SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE | LUNES A VIERNES | 8.30 A 18.30 HS

- Les recordamos que los **productos cubiertos al 100% de descuento son los identificados en el Vademécum con cobertura para PMI**. NO requieren previa autorización de OSPEDYC.
- Las **leches requieren previa autorización** de OSPEDYC para su expendio.

B. ARCHIVO DE BENEFICIARIOS HABILITADOS – NUEVO MANUAL DE USO:

Debido a la implementación de cambios en la cobertura de Plan Materno Infantil, detallamos a continuación la información que es remitida en el Nuevo Archivo de Beneficiarios Habilitados que se valida electrónicamente:

<i>Columna</i>	<i>Cantidad de caracteres</i>
NUMERO DE BENEFICIARIO	10 de 10
PORCENTAJE	2 de 2
PMI	3 de 3

Los datos antes mencionados se presentan separados por espacios en blanco, como en el siguiente ejemplo:

```
3471633003 50
3471633001 50 PMI
3471633002 50
3471715300 40
```

Sin otro particular, los saludamos atentamente.

ANTE CUALQUIER DUDA, COMUNÍQUESE CON NUESTRO SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE | LUNES A VIERNES | 8.30 A 18.30 HS



RINCÓN 40 | 1081 | BUENOS AIRES | (011) 4136-9090 | FAX: (011) 4136-9001 WWW.CSF.COM.AR | INFO@CSF.COM.AR