

Vigente a partir del 1º de Octubre de 2011.

1. Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)

1.1. Planes Generales: CEIBO – CEIBO GUARD CEIBO DL – CEIBO PMO RAMHI 500 – RAMHI 700 OI MUTUAD ARRAYÁN ROBLE	40%
1.2. GUARDAVIDAS:	40%
1.3. Pacientes con Patologías Crónicas:	Monto Fijo (Ver punto 8)
1.4. Plan Materno Infantil:	100% (Ver punto 7)

2. Habilitación del beneficiario:

2.1. General:	<ul style="list-style-type: none"> • Credencial definitiva o provisoria (según muestras). Verificar fecha de vencimiento. • El beneficiario debe figurar en el listado de habilitados vigente (ver punto 17). En caso de que un beneficiario no figure en dicho listado, su farmacia debe comunicarse con COMPANÍA para solicitar autorización para su expendio.
2.2. Guardavidas:	<ul style="list-style-type: none"> • No presentan credencial ni figuran en padrón, sino una orden de farmacia previamente autorizada por la entidad y/o personal de la Obra Social de Guardavidas (según muestra punto 16).
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. General:	<ul style="list-style-type: none"> • De todo tipo (Oficial de la entidad; Particular o de Instituciones y Emergencias Médicas y Hospitales Públicos). • No se aceptarán recetarios sin membrete (Ej: en blanco, con propaganda médica, etc.).
3.2. Guardavidas:	<ul style="list-style-type: none"> • Orden previamente autorizada por la Entidad y/o personal de la Obra Social de Guardavidas.
3.3. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:	<ul style="list-style-type: none"> • Denominación de la entidad, aclarando si se trata de OSPOCE INTEGRAL ó AMCI INTEGRAL (en caso de que el recetario no sea el oficial de la entidad) (*) • Nombre y apellido del paciente; • Número de afiliado (*) • Sexo y Edad del afiliado - <u>No obligatorio</u> - (**) • Medicamentos recetados consignando el principio activo. Las recetas que no cumplan dicho requisito serán rechazadas. • Cantidad de cada medicamento en números y letras; • Firma y sello con número de matrícula y aclaración; • Fecha de prescripción;

(*) Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto y/o la denominación de la entidad haya sido omitida por el profesional, la farmacia debe completar dichos datos al dorso, en forma clara y correcta, verificando la credencial del beneficiario e indicando la frase "ver al dorso". El beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad.

(**) No deben ser completados por la Farmacia.

4. Validez de la receta:

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

5. Topes de cobertura:

5.1. Límites de cantidades:	Sin Tratamiento Prolongado	Con Tratamiento Prolongado ^(5.2.)
Renglones por receta: Envases por renglón:	Hasta 3 (tres) Hasta 1 (uno)	Hasta 3 (tres) Hasta 2 (dos)
5.2. Tratamiento Prolongado:	Cuando el médico coloca de su puño y letra la frase "Tratamiento Prolongado", su equivalente o abreviaturas, pueden expendirse las cantidades indicadas en la columna "Con Tratamiento Prolongado". Debe indicarse además el tamaño y/o contenido de cada uno, por lo que de omitirse este requisito, sólo se entregará un envase del menor tamaño y/o contenido existente.	
5.3. Antibióticos Inyectables:	Presentación	Entregar
	Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla. Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	Hasta 5 (cinco) El menor número posible de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas. Por ejemplo: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expendirse 3 (tres) envases = 6 (seis) ampollas.
5.4. Psicofármacos:	<ul style="list-style-type: none"> El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia. 	
5.5. Otras especificaciones:	Quando el médico:	Debe entregarse:
	<ul style="list-style-type: none"> No especifica cantidades Sólo indica la palabra "grande" Equivoca la cantidad y/o contenido 	<ul style="list-style-type: none"> El envase de menor contenido. La presentación siguiente a la menor. El tamaño inmediato inferior al indicado.

6. Exclusiones:

Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el Manual Farmacéutico o similares, con excepción de lo siguiente:

- 6.1. Accesorios. (Material de curaciones, descartable, tiras reactivas, etc.);
- 6.2. Agentes Inmunosupresores, inmunoterápicos e Inmunomoduladores;
- 6.3. Agentes para contraste radiológico;
- 6.4. Anorexígenos;
- 6.5. Antitéticos;
- 6.6. Antisépticos de uso externo;
- 6.7. Callicidas;
- 6.8. Dentífricos;
- 6.9. Derivados de la sangre y Eritropoyetina;
- 6.10. Droga Orlistat (Ej.: Xenical o productos de próxima aparición);
- 6.11. Drogas Oncohematológicas (ej.: Leucomax, Neupogen, factores estimulantes de colonias).
- 6.12. Drogas utilizadas en el tratamiento del sida;
- 6.13. Elementos fijadores y de limpieza de prótesis dentales, pastas, polvos e hilo dental, tópicos y cremas gingivales, preventivos;
- 6.14. Fórmulas magistrales, flores de Bach, homeopatía y herboristería;
- 6.15. Leches (**ver punto 7**)
- 6.16. Productos de perfumería, cosmética y dermatocosmética;
- 6.17. Productos de uso exclusivo en internación;
- 6.18. Productos de venta libre;
- 6.19. Productos dietéticos y alimenticios;
- 6.20. Productos para quimioterapia antineoplásica (oncológicos);
- 6.21. Productos que regulan la natalidad. (Anticonceptivo orales, locales y productos para tratamiento de la esterilidad); (*)
- 6.22. Productos sin troquel;
- 6.23. Soluciones parenterales de pequeño y gran volumen;
- 6.24. Sueros e Inmunoglobulinas;
- 6.25. Tiras Reactivas.

Aclaración: Las **Vacunas** cuentan con 40% de descuento. Se aceptan las **vacunas del Calendario Oficial** prescriptas por acción farmacológica y/o marca comercial. El resto de las **vacunas fuera del Calendario** deben prescribirse obligatoriamente por principio activo, tal como el resto de los medicamentos.

(*) Exclusivamente Ciudad de Bariloche (Río Negro):

Los **Anticonceptivos Orales** cuentan con cobertura al 100% sin requerir previa autorización de la Entidad. Cabe aclarar que **sólo debe expenderse 1 (un) envase por receta.**

7. Plan Materno Infantil:

7.1. Identificación del Beneficiario:

- Madre:
- Niños (menores de 1 año):

- Credencial con la leyenda Plan Materno Infantil (según muestra).
- Credencial con la leyenda Plan Materno Infantil (según muestra) o documento/partida de nacimiento que indique la edad del mismo.

7.2. Productos Cubiertos al 100%:

- **Leches:**
 - Medicamentosas: exclusivamente con **autorización previa** de la Entidad.
 - Maternizadas: **excluidas.**

- **Vacunas:**
 - Incluidas en el Calendario Oficial de Vacunación (*)
 - Vacuna contra la Hepatitis A
 - Vacunas **Quíntuple** y **Séxtuple**
 - Vacunas Antitetánicas (PMI – Madre)

- **Resto de los productos:** Similar al resto de los planes

(*) Incluye la **Vacuna Antineumococcica** (**PREVENAR** y **SYNFLORIX**). Cabe aclarar que como excepción, hasta el 05/05/12 la vacuna Prevenar tendrá cobertura al 100% también para niños entre 12 meses y 24 meses de vida, según prescripción médica.

Reiteramos que las vacunas incluidas en Calendario Oficial de Vacunación pueden prescribirse por acción farmacológica y/o marca comercial indistintamente.

7.3. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> • Similar al resto de los planes.
7.4. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> • Similar al resto de los planes.
8. Pacientes con Patologías Crónicas:	
8.1. Identificación del Beneficiario:	<ul style="list-style-type: none"> • Credencial pacientes con patologías crónicas (según muestra).
8.2. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> • Tienen cobertura únicamente los principios activos indicados al dorso de la credencial.
8.3. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> • Oficial de la entidad triplicado (según muestra). <p>El profesional prescribirá la receta por triplicado consignando la <u>firma y sello original en cada copia</u>. Por su parte, el afiliado presentará a la Farmacia CUALQUIERA de las 3 copias para su expendio, ya que cada una de ellas opera como una receta individual.</p> <p><u>En caso de que el beneficiario lo solicite</u>, puede expendirse más de una entrega <u>en forma simultánea</u>.</p>
8.4. Validez del Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> • <u>90 días</u> a partir de la fecha de su prescripción. Dicho plazo rige para cada una de las 3 copias del recetario, indistintamente.
8.5. Descuento a aplicar:	<ul style="list-style-type: none"> • Montos fijos vigentes a la fecha según la S.S. de Salud. <p>Aclaración: Si bien en la credencial figura el descuento del 70%, su farmacia debe aplicar los Montos Fijos correspondientes.</p>
8.6. Límites de cantidad:	<ul style="list-style-type: none"> • Similar al resto de los planes
8.7. Presentación de recetas:	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las recetas a las que se les aplique como cobertura un Monto Fijo deben presentarse bajo un único plan "MIXTO".
<p>ATENCIÓN – MUY IMPORTANTE</p> <p>Quando los afiliados no presentan la Credencial de Pacientes con Patologías Crónicas que los habilita a dicha cobertura, su farmacia debe realizar el 40% de descuento, teniendo en cuenta las normativas generales vigentes.</p>	
9. Autorizaciones Especiales:	
Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos, cuando se hallen autorizadas por la Auditoria Médica de la Entidad.	
10. 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.	
11. Datos a completar por la farmacia:	
11.1.	Fecha de venta;
11.2.	Sigla "S/T", si correspondiera;
11.3.	Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales);
11.4.	Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;
11.5.	Firma y aclaración de quien retira los medicamentos. Sólo en el caso de que no sea el afiliado el que los retire, la persona que se presente deberá agregar también su Número de Documento .
12. Recomendaciones Especiales:	
12.1.	Colocar en la receta el número de orden correspondiente;

12.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

- De acuerdo al orden de la prescripción.
- Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
- Adheridos con **goma de pegar o cinta adhesiva** indistintamente. OSPOCE-AMCI considera **motivo de débito sólo aquellos troqueles adheridos con abrochadora.**

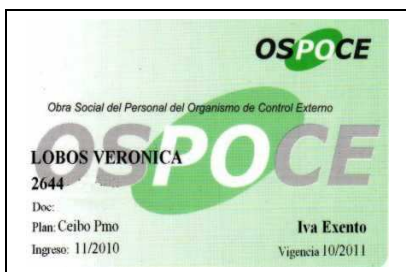
12.3. Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

13. Atención de Consultas:

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de **COMPañÍA** al (011) 4136-9090 – Fax: (011) 4136-9001. E-mail: info@csf.com.ar, de Lunes a Viernes, de 8:00 a 20:00 horas.

14. Muestra de Credenciales:

Aclaración: en cada caso puede variar el plan.



Credencial Provisoria



AFILIADO/TITULAR:	ELIZABETH EMPERIEL
Nº DE AFILIADO:	374886000
DOCUMENTO:	2788847
AUTORIZADO POR:	
VALIDO HASTA:	31/12/2011

Credenciales Plan Materno Infantil



Credencial Pacientes con Patologías Crónicas

Credencial para la dispensa de medicamentos Resolución 310/04 (70%)	
Fecha de vencimiento: 30 / 11 / 2005	
Nombre y Apellido del Afiliado: ARANDA SUSANA	
Nº de Afiliado: 10314263-00	
Plan: ARRAYAN	
Esta credencial debe estar acompañada de la receta por triplicado confeccionada por el profesional tratante.	
Firma y Sello Auditor Médico	

Frente

Medicación Autorizada:		
Principio Activo:	Nombre Comercial:	Presentación:
ATORVASTATINA	ATEROCLAR	20 MG

Dorso

15. Muestra de recetario para patologías crónicas:

Cobertura Según Resolución 310/2004		Fecha de Emisión	Fecha de Venta
APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE		Nº DE BENEFICIARIO	EDAD SEXO
Receta Válida para la Prescripción de medicamento			
Nombre Genérico	Nombre Comercial	Nº	Letras
Rp.		Precio Unit.	Cant. Entr.
Rp.		Importe \$	
Rp.			
Sello y Firma del Profesional		Sello y Firma del Farmacéutico	
Total Receta		A cargo Benef.	
A cargo O.S.		Troquel 1	
Datos a completar por el beneficiario o tercero interviniente		Troquel 2	
Beneficiario <input type="checkbox"/>	Tipo Doc.	Nº Doc.	Troquel 3
Tercero Interviniente <input type="checkbox"/>	Apellido y Nombre		
Domicilio			
Tel.			
Firma conforme			C.P.

Si bien varían los colores de cada una de las copias (blanco, amarillo, rosa), reiteramos que **el afiliado presentará a la Farmacia CUALQUIERA de ellas para su expendio** (con firma y sello original del profesional en cada una).

16. Guardavidas (Orden de Farmacia):

OSPOCE GUARDAVIDAS ORDEN DE FARMACIA

Código de Entidad: 281

Código de Farmacia: 00210

Nombre y Apellido: _____

Nº: _____

Categoría: _____

Convenio: _____

Fecha de Emisión: _____

Valido solo hasta 31/03/2005

17. Manual de Uso – Archivo de Beneficiarios:

Detallamos a continuación la información que es remitida en el Archivo de Beneficiarios Habilitados:

Columna	Cantidad de caracteres
NÚMERO DE BENEFICIARIO	8 de 8
CATEGORÍA	2 de 2
NOMBRE Y APELLIDO	35 de 35
CONVENIO	15 de 15

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

93281392 00 ALVAREZ RAQUEL

OSPOCE INTEGRAL



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL
ORGANISMO DE CONTROL EXTERNO



ASOCIACIÓN MUTUAL DEL CONTROL INTEGRAL



CÓDIGO DE ENTIDAD: 281

ANEXO I – CIRCULAR 764/11 B

30438647	00	AVELLANEDA FABIAN	OSPOCE INTEGRAL
31267918	00	JORGE MARIANO	OSPOCE INTEGRAL
02187732	00	ANIBALDITTI INES	AMPOCRA
06450718	00	COLOMBA EMANUEL	AMPOCRA