

Vigente a partir del 23 de Marzo de 2018.

1. Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)

1.1. Planes Generales: ARRAYÁN CEIBO – CEIBO GUARD CEIBO DL – CEIBO PMO CEIBO PMO MONOTRIBUTO GILSA CEIBO PMO NOGAL OI MUTUAD OSPOCE 01 RAMHI 500 – RAMHI 700 ROBLE ROBLE OSEDA	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)
1.5. Anticonceptivos orales:	40% ó 100% (Ver punto 9)

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 18). 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: recetarios en blanco, de publicidad de medicamentos, 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; <p>(*) 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</p>

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:	Cuando 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:

6.1. 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:

- 6.1.1. Accesorios. (Material de curaciones, descartable, tiras reactivas, etc.);
- 6.1.2. Agentes Inmunosupresores, inmunoterápicos e Inmunomoduladores (*);
- 6.1.3. Agentes para contraste radiológico;
- 6.1.4. Anorexígenos;
- 6.1.5. Antieméticos;
- 6.1.6. Antisépticos de uso externo;
- 6.1.7. Callicidas;
- 6.1.8. Dentífricos;
- 6.1.9. Derivados de la sangre y Eritropoyetina;
- 6.1.10. Droga Orlistat (Ej.: Xenical o productos de próxima aparición);
- 6.1.11. Drogas Oncohematológicas (ej.: Leucomax, Neupogen, factores estimulantes de colonias).
- 6.1.12. Drogas utilizadas en el tratamiento del sida;
- 6.1.13. Elementos fijadores y de limpieza de prótesis dentales, pastas, polvos e hilo dental, tópicos y cremas gingivales, preventivos;
- 6.1.14. Fórmulas magistrales, flores de Bach, homeopatía y herboristería;
- 6.1.15. Leches (ver punto 7)
- 6.1.16. Productos de perfumería, cosmética y dermatocosmética;
- 6.1.17. Productos de uso exclusivo en internación;
- 6.1.18. Productos de venta libre;
- 6.1.19. Productos dietéticos y alimenticios;
- 6.1.20. Productos para quimioterapia antineoplásica (oncológicos);
- 6.1.21. Productos para tratamiento de la esterilidad;
- 6.1.22. Productos sin troquel;
- 6.1.23. Soluciones parenterales de pequeño y gran volumen;
- 6.1.24. Sueros e Inmunoglobulinas;
- 6.1.25. Tiras Reactivas.

(*) La acción farmacológica Antirreumático Inmunomodulador (por ej.: Filartros) cuenta CON COBERTURA ya que no se considera un agente inmunomodulador.

6.2. Aclaración – VACUNAS:

- 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.
- La **vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)** cuenta con cobertura al **100% para NIÑAS DE 11 AÑOS** sin requerir previa autorización de la Entidad.
Luego de esa edad podrá ser expandida al 40%, también sin autorización, tal como sucede con el resto de las vacunas.
Su farmacia debe **corroborar la edad de la paciente** mediante la presentación de su **documento de identidad** ante cada una de las dosis correspondientes a dicha vacuna.
Dicha vacuna fue incluida en el Calendario Nacional de Vacunación.
- Las **Vacunas Antigripales** tienen cobertura al **40%** de descuento, tal como sucede con el resto de las vacunas.
Pueden ser expandidas con **100% de cobertura únicamente:** CON previa autorización de la entidad; o bien SIN previa autorización en la receta para pacientes con cobertura Plan Materno Infantil, niños menores de 24 meses y adultos mayores de 65 años.
Pueden prescribirse por acción farmacológica (“Vacuna Antigripal”).

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%:	<ul style="list-style-type: none"> • Leches Medicamentosas: - Exclusivamente con autorización previa de la Entidad. • Leches Maternizadas: - Plan OSPOCE 01: Exclusivamente con autorización previa de la Entidad. - Resto de los planes: 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: Igual al resto de los planes <p>(*) Incluye la Vacuna Antineumococcica (<i>PREVENAR</i> y <i>SYNFLORIX</i>).</p> <p>Reiteramos que las <u>vacunas incluidas en Calendario Oficial de Vacunación pueden prescribirse por acción farmacológica y/o marca comercial indistintamente.</u></p>
7.3. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> • Igual al resto de los planes.
7.4. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> • Igual 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 punto 16). <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"> • Plan OSPOCE 01: 70% del PVP (precio de venta al público). • Resto de los planes: Montos fijos vigentes a la fecha según la S.S. de Salud. Aclaración: Si bien en la credencial figura el descuento del 70%, su farmacia debe aplicar los Montos Fijos correspondientes.
8.6. Límites de cantidad:	<ul style="list-style-type: none"> • Según la cantidad de envases prescripto por el profesional, siempre y cuando se respete la presentación indicada en la credencial para Patologías Crónicas.
8.7. Presentación de recetas:	<ul style="list-style-type: none"> • Plan OSPOCE 01: presentar separadas del resto de la liquidación de OSPOCE-AMCI bajo un plan denominado "70%". • Resto de los planes: Todas las recetas a las que se les aplique como cobertura un Monto Fijo deben presentarse bajo un único plan "MIXTO".

ATENCIÓN – MUY IMPORTANTE

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.

9. Anticonceptivos orales:

9.1. SIN autorización:	<ul style="list-style-type: none"> • 40% de descuento. Se aceptan hasta 3 (tres) envases por receta.
9.2. CON autorización o FORMULARIO:	<ul style="list-style-type: none"> • 100% de cobertura únicamente con previa autorización (según punto 10) o bien mediante formulario válido (ver muestra punto 18). <p>Aclaraciones sobre el Formulario:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ No es necesario que figure firma y sello del auditor médico en dicho formulario. ✓ Debe estar acompañado SIN EXCEPCIÓN por la orden médica original correspondiente para su expendio. ✓ Cantidad de envases: los indicados en el formulario. ✓ Validez para dispensa: dentro de los 30 días de emitido el formulario.
9.3. Exclusivo para Ciudad de Bariloche:	<ul style="list-style-type: none"> • 100% sin requerir previa autorización de la Entidad. Cabe aclarar que sólo debe expendirse 1 (un) envase por receta.

10. Autorizaciones Especiales:

Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos, cuando se hallen autorizadas por la Auditoría Médica de la Entidad.

11. 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.

12. Datos a completar por la farmacia:

12.1. Fecha de venta;
12.2. Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo;
12.3. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales);
12.4. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;
12.5. 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 .

13. Recomendaciones Especiales:

13.1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente;	
13.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
13.3. Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.	

14. 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, de Lunes a Viernes, de 8:30 a 18:30 horas.

15. Muestra de Credenciales:



Plan GILSA CEIBO PMO



Credencial Provisoria



Ceibo PMO Monotributo



ROBLE OSEDA



NOGAL



Credenciales Plan Materno Infantil



Credencial Pacientes con Patologías Crónicas

<p>Credencial para la dispensa de medicamentos Resolución 310/04 (Hasta el 70%, según normas de la SSS)</p> <p>Fecha de vencimiento: 31/10/2014</p> <p>Nombre y Apellido del Afiliado:</p> <p>N° de Afiliado:</p> <p>Firma y Sello Auditor Médico</p> <p>Esta credencial debe estar acompañada de la receta por triplicado confeccionada por el profesional tratante.</p>		<p>Medicación Autorizada</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Principio Activo</th> <th>Nombre Comercial</th> <th>Presentación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>enalapril</td> <td>LOTRIAL</td> <td>10mg.comp x 60</td> </tr> <tr> <td>ezetimibe</td> <td>ACOTRAL</td> <td>10mg.comp x30</td> </tr> </tbody> </table>			Principio Activo	Nombre Comercial	Presentación	enalapril	LOTRIAL	10mg.comp x 60	ezetimibe	ACOTRAL	10mg.comp x30
Principio Activo	Nombre Comercial	Presentación											
enalapril	LOTRIAL	10mg.comp x 60											
ezetimibe	ACOTRAL	10mg.comp x30											

Frete

Dorso

**Presentación autorizada para el expendio.
Cantidad de envases: la indicada por el profesional.**

16. Guardavidas (Orden de Farmacia):

OSPOCE GUARDAVIDAS ORDEN DE FARMACIA

Control 00210

Fecha de Emisión: / / Fecha de Venta: / /

Apellido y Nombre: _____

Nº DE BENEFICIARIO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

Nombre Genérico	Nombre Comercial	Nº	Latras	Precio Unit.	Cant. Entr.	Importe \$
Rp.						
Rp.						
Rp.						

Sello y Firma del Profesional: _____ Sello y Firma del Farmacéutico: _____

Datos a completar por el beneficiario o tercero interviniente:

Beneficiario Tercero Interviniente

Tipo Doc. N° Doc. Apellido y Nombre Domicilio Tel. C.P.

Troquel 1 Troquel 2 Troquel 3

Sumarios: A cargo Benef. A cargo O.S.

Fecha de Emisión: / / Fecha de Venta: / /

Válido solo hasta 31/03/2005

17. 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	Latras	Precio Unit.	Cant. Entr.	Importe \$
Rp.						
Rp.						
Rp.						

Sello y Firma del Profesional: _____ Sello y Firma del Farmacéutico: _____

Datos a completar por el beneficiario o tercero interviniente:

Beneficiario Tercero Interviniente


Tipo Doc. N° Doc. Apellido y Nombre Domicilio Tel. C.P.

Troquel 1 Troquel 2 Troquel 3

Sumarios: Total Receta A cargo Benef. A cargo O.S.

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).

18. Formulario de autorización – Anticonceptivos:



INTEGRAL
compromiso médico

BARTOLOME MITRE 1563 (1037) CAPITAL FEDERAL – Tel/Fax 5510-5100 / 5510-5115

Autorización

PRESTADOR SOLICITANTE Fecha de emisión:		
Apellido y Nombre:		
Domicilio:	Telefono:	
Localidad: C.P. (0)	Fax:	

Validez para dispensa: dentro de los 30 días de emitido el formulario.

DATOS DEL AFILIADO			
Número:	Plan:	Documento:	
Nombre:	Edad:	Sexo: F	
Domicilio:	Telefono:		
Localidad:	C.P. ()	Fax:	

Diagnóstico: ACO // ATENCION PARA LA ANTICONCEPCION Piso:

PRACTICAS SOLICITADAS	CANT.	CODIGO P.M.O.	MONTO	FECHA REALIZACION
2384301-FEMIDEN	3			

Cantidad de envases autorizados.

OBSERVACIONES
autorizado 100% septiembre, octubre, noviembre

Sujeto a auditoria médica INTEGRAL posterior.

EFFECTOR AUTORIZADO	
Nombre:	
Domicilio:	
Localidad: C.P. (0)	
Firma y sello del efector	Firma y sello del beneficiario

La presente autorización vence a los 30 días de emitida

19. Manual de Uso – Archivo de Beneficiarios:

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

<i>Columna</i>	<i>Cantidad de caracteres</i>
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
30438647 00 AVELLANEDA FABIAN	OSPOCE INTEGRAL
31267918 00 JORGE MARIANO	OSPOCE INTEGRAL
02187732 00 ANIBALDITTI INES	AMPOCRA
06450718 00 COLOMBA EMANUEL	AMPOCRA