




## Nuevo Recetario Diabetes / Modificación F5

OBRA SOCIAL DE DOCENTES PARTICULARES  
CÓDIGO DE ENTIDAD: 450

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

### Recetarios Diabetes:

Los siguientes recetarios son **válidos para la atención a pacientes diabéticos** de OSDOP, indistintamente:



**OSDOP**

SISTEMA DE MONITOREO PARA PACIENTES CON DIABETES  
PROVISIÓN TRIMESTRAL

**A COMPLETAR**

**DATOS DEL AFILIADO** Fecha: \_\_\_\_\_

Apellido y nombre/s: \_\_\_\_\_ N° Afiliado: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL MÉDICO ASISTENTE**

Apellido y nombre/s: \_\_\_\_\_ Matrícula: MN \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ MP \_\_\_\_\_

**TRATAMIENTOS**

Automonitoreo Glucémico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Hipoglucemantes Orales	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Actividad Física (*)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Cumple Dieta?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> NO
Cumple Adecuadamente Tratamiento	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Qué tipo de tratamiento recibe?	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Insulina <input type="checkbox"/> Ambos
Fármacos Hipertensivos	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	¿Controla la presión arterial?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Fármacos Hipoglucemantes	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Diagnóstico	<input type="checkbox"/> DBT1	<input type="checkbox"/> DBT2 <input type="checkbox"/> Otra
Ácido Acetil Salicílico	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			

(\*) A los efectos de este sistema de vigilancia se considera actividad física regular la práctica de al menos 150 minutos por semana de actividad aeróbica de intensidad moderada repartidos en al menos tres días con no más de 2 días consecutivos sin ejercicio (ADA 2012).

**INSULINA REQUERIDA**

Insulina tipo <small>(Indicar nombre genérico y comercial sugerido)</small>	Dosis diaria estimada	Provisión mensual	Provisión trimestral
_____	_____	_____	_____

**TRATAMIENTO ORAL REQUERIDO**

Medicación <small>(Indicar nombre genérico y comercial sugerido)</small>	Dosis diaria	Provisión mensual	Provisión trimestral
_____	_____	_____	_____

**TIRAS REACTIVAS / LANCETAS / AGUJAS**

Tiras reactivas	Cant. diaria estimada	Provisión mensual	Provisión trimestral
_____	_____	_____	_____
Lancetas	_____	_____	_____
Agujas	_____	_____	_____


La Obra Social provee el kit medidor y tiras reactivas ACCU-CHECK PERFORMA y lancetas correspondientes al equipo provisto.

**OBSERVACIONES / EXTENSIÓN DE TIRAS / AUMENTO DE DOSIS / CAMBIO DE ESQUEMA TERAPÉUTICO**

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Médico: \_\_\_\_\_



**OSDOP**

INFORME MÉDICO  
SEMESTRAL

**DATOS DEL AFILIADO**

Apellido y nombre/s: \_\_\_\_\_

Número de beneficiario: \_\_\_\_\_

**INSULINA REQUERIDA**

Insulina tipo <small>(Indicar nombre genérico y comercial sugerido)</small>	Dosis diaria estimada	Provisión mensual	Provisión trimestral
_____	_____	_____	_____

**TRATAMIENTO ORAL REQUERIDO**

Medicación <small>(Indicar nombre genérico y comercial sugerido)</small>	Dosis diaria	Provisión mensual	Provisión trimestral
_____	_____	_____	_____

**TIRAS REACTIVAS / LANCETAS / AGUJAS**

Tiras reactivas	Cant. diaria estimada	Provisión mensual	Provisión trimestral
_____	_____	_____	_____
Lancetas	_____	_____	_____
Agujas	_____	_____	_____

La Obra Social provee el kit medidor y tiras reactivas ACCU-CHECK PERFORMA y lancetas correspondientes al equipo provisto.

**OBSERVACIONES / EXTENSIÓN DE TIRAS / AUMENTO DE DOSIS / CAMBIO DE ESQUEMA TERAPÉUTICO**

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma y Sello del Médico: \_\_\_\_\_

✓ **RECETARIO: Siempre REQUIERE AUTORIZACIÓN** mediante **Formulario F5**. Por lo tanto, estas recetas **NO se procesan electrónicamente**.

La prescripción siempre debe ser original, aún en el caso de que el paciente descargue el recetario vía internet.

✓ **DESCUENTO:** el que se indique en el **casillero “%Cob”** del Formulario F5.

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



- ✓ **LÍMITES DE CANTIDADES:** el paciente retira en una única entrega la **provisión para 3 meses** según lo **autorizado en el Formulario F5.**
- ✓ **PLAZO DE VALIDEZ:** 30 días desde la "Fecha de solicitud" indicada en el Formulario F5.

### **Modificación Formulario de Autorización F5:**

Se modifica el siguiente requisito del Formulario de Autorización F5 (punto 11 de las normas):

- En adelante, **NO es requisito** obligatorio **la firma y sello original del Delegado** zonal de la Obra Social **cuando el F5 corresponda a un recetario no oficial** de OSDOP.

No obstante, en esos casos el F5 indicará que corresponde a un recetario no oficial.

El resto de las particularidades del Formulario F5 continúan sin cambios.

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](http://WWW.CSF.COM.AR) | [INFO@CSF.COM.AR](mailto:INFO@CSF.COM.AR)