

ANEXO 2

Fecha de Vigencia: 01/07/12

OSDIPP (Obra Social del Personal de Dirección de la Industria Privada del Petróleo)		
1. AMBITO DE APLICACIÓN:		
Capital Federal	Gran Buenos Aires	Interior
2. DESCUENTOS		
<i>Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor vigente al día del expendio, que figuran en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos.</i>		
Los planes están identificados con un código numérico alfabético. El número indica la cobertura médica y la letra, el descuento que corresponde en Farmacias Adheridas		
Plan:	A cargo del afiliado:	A cargo de la entidad:
A	20	80
B	30	70
D	40	60
E y SQ	50	50
F	60	40
3. REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES		
Tipo de Recetario:	Se aceptarán: <ul style="list-style-type: none"> Recetarios con o sin membrete. Recetario con prescripción por computadora, debiendo tener fecha, firma y sello original del profesional. <p>No se aceptan fotocopias de recetas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Todas las recetas de la Entidad deben validarse on line a excepción de aquellas que tengan una autorización de la Entidad, las cuales se podrán dispensar en forma manual. Recuerde que <u>al validar la receta debe cargar en el sistema de validación los mismos datos que se encuentran en la receta</u> (afiliado, productos, cantidades, matrícula del profesional prescriptor, fechas, etc.) a fin de evitar inconvenientes posteriores debido a la no coincidencia de la validación on line con la receta física. Recuerde que toda transacción on line aprobada, donde no se hizo efectiva la dispensa de un medicamento, deberá ser cancelada por la farmacia para evitarle inconvenientes al afiliado en su próxima compra. <p>Ante cualquier inconveniente con la validación puede llamar a la Mesa de Ayuda de IMED al 011-4346-5909 (Capital) ó al 0800-222-4633 (Interior)</p>	
VALIDACION ON LINE (IMED):		
Datos contenidos en la receta:	Denominación de la entidad	
(Los datos escritos por el	Nombre, Apellido del afiliado y Número de afiliación.	
	Fecha de emisión de la receta de puño y letra del profesional.	

profesional deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma)	Firma y sello aclaratorio del profesional. (El sello es obligatorio aún figurando las recetas impresas con los datos del médico).	
	Detalle de los medicamentos	
	Cantidades de los medicamentos en números y letras	
	Leyenda <i>Tratamiento Prolongado</i> (si corresponde).	
Validez	35 (treinta y cinco) días a partir de la fecha de emisión e incluyendo la misma.	
a) para la venta:	60 (sesenta) días corridos, a partir de la fecha de venta e incluyendo la misma.	
b) para la presentación:	30 (treinta) días corridos a partir de haber recibido la liquidación.	
c) Para la refacturación:	RECORDAR QUE LOS DEBITOS SON NO REFACTURABLES, SALVO ERRORES INHERENTES A LA AUDITORIA.	
Cantidad máxima de Medicamentos y de envases por receta:	<u>Tratamiento Normal</u> : se podrán dispensar hasta 3 (tres) productos distintos por receta y hasta 1 (un) solo envase por renglón.	
	<u>Tratamiento Prolongado</u> : se podrán dispensar hasta 2 (dos) envases por renglón, debiendo estar indicado el contenido de cada uno de los envases. De omitirse el contenido, sólo se proveerá el envase de menor contenido disponible.	
Contenidos máximos de cada medicamento según su tamaño:	Tamaño especificado: Lo requerido en la receta.	
	Tamaño no especificado: Vender la menor presentación.	
	Especifica "grande": Vender la presentación siguiente a la de menor tamaño.	
Antibióticos inyectables:	<u>Monodosis</u> : hasta 6 (seis) ampollas individuales por receta. <u>Multidosis</u> : hasta 2 (dos) envases por receta.	
Psicofármacos:	Lista II (receta oficial):	Receta de Salud Pública Receta adjunta de la institución.
No se aceptan fotocopias de recetas.	Lista III y IV (receta archivada):	Receta oficial por duplicado, con sello y firma del médico, aún estando el sello impreso.
Importe total por receta	No se podrá expender en un sola receta, un monto total superior a los pesos un mil quinientos (\$ 1.500.-). Excepto con autorización previa de OSDIPP. Para ello, la farmacia deberá solicitar dicha autorización al fax: 5129-3963 ó 5129-3961	
4. PLAN MATERNO INFANTIL:		
Habilitación del beneficiario	Madre y niño: Tarjeta de autorización Plan Materno Infantil	
Recetario	Igual al resto de los planes	
Límites de cantidades	Medicamentos: igual al resto de los planes Leches medicamentosas: lo indicado por el médico	
Productos cubiertos	Medicamentos: Únicamente productos relacionados con el embarazo y pediátricos (Se adjunta listado) Leches medicamentosas: Cobertura 100% hasta los 12 meses de vida CON AUTORIZACIÓN PREVIA DE OSDIPP	
5. REQUISITOS DEL AFILIADO:		
Deberá presentar:	Credencial de afiliación en vigencia con cupón actualizado (Ver Anexos: Credenciales) Receta correspondiente.	
Deberá verificarse:	Existencia del afiliado en el padrón: Ver Anexos.	
6. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:		
La farmacia deberá cumplimentar lo sgte.:	Pegar el troquel con su código de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescriptos. (No abrochar ya que dificulta la lectura del código de barras)	
	Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T. (ver)	
	Fecha de dispensación	
	Importes unitarios y totales y porcentaje a cargo de la entidad	
	Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto.	
	Firma del asociado o tercero interviniente, aclaración de firma , número de documento de identidad, domicilio y teléfono.	
	Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico.	
7. ENMIENDAS:		
Recordar:	Las correcciones y enmiendas a la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma.	

8. AUTORIZACIONES:

Importante:

Antes de rechazar cualquier receta, llamar a Farmalink al teléfono (011) 4814-7900, de lunes a viernes de 09 a 18 hs. o enviar su fax al número (011) 4814-7994.

Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos, cuando sean autorizadas por OSDIPP por alguno de los sig. profesionales: Dra. Mónica Linardi , Dr. Carlos Esquivel, Dr. Eduardo Adaniya, Dr. Walter Vega, Dr. Gustavo Pussi, o las sig. administrativas: Sra. Gabriela Varela o Sra. Cecilia del Palacio. Para esto deberán solicitar dicha autorización al telef. 5129-3900 de lunes a viernes de 8.30 a 17hs., o via fax a los números 5129-3963 ó 5129-3961

9. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:

• INCLUSIONES :

- **Se cubrirán todos los productos de venta bajo receta que figuren en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos.**
- **Requieren autorización previa de auditoría médica:**

Tratamiento de la Diabetes:

-Jeringas y agujas: corresp. al tratamiento se cubren al 100%.

-Lancetas: se cubren de acuerdo al siguiente detalle: Planes con cobertura superior a 70% = cobertura del plan

Planes con cobertura inferior a 70% = se reconoce el 70%

-Antitabáquicos:
Bupropion.

-Orlistat (Ej.: Xenical, o productos similares).

-Productos para alimentación enteral.

-Sildenafil: para diagnóstico de hipertensión pulmonar.

• EXCLUSIONES GENERALES:

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS POR OSDIPP:

- Accesorios: material de curaciones, material descartable, material de cirugía y accesorios varios.
- Antialopécicos (productos con octopirox).
- Anticaspas y antiseborreicos.
- Dermatoclarantes.
- Elementos fijadores y de limpieza de prótesis dentales, pastas, polvos e hilo dental.
- Fórmulas magistrales, flores de Bach y herboristería.
- Jabones, champúes y lociones capilares de todo tipo.
- Productos para el crecimiento de FANERAS.
- Productos de venta libre.
- Productos sin troquel.
- Productos de perfumería, cosmética y dermatocosmética.
- Productos de uso exclusivo en internación y/o envases de tamaño hospitalario.
- Úrea, úrea + asociados o úrea + alfa-hidroácidos.
- Finasteride en concentración de 1 mg.
- Minoxidil.
- Tratamiento de la disfunción sexual masculina: Sildenafil (Ej.: Viagra, Sildenafil, Lumix o productos de acción similar).

Los siguientes productos en todas sus formas:

- Aminoterapia.
- Dermatológicos que contengan ácido retinoico (aclaramos que los productos clasificados como retinoides poseen cobertura: x ej. el producto: Roaccutan (isotretinoína).
- Humectantes vaginales.
- Productos Homeopáticos.
- Antimicóticos en laca.
- Sibutramina.
- Callicidas
- Cepillos de todo tipo.
- Cremas reductoras. Productos para la estética corporal.
- Mamaderas, pañales, sondas, etc.
- Babysan (CUBIERTO SOLO EN PLAN MATERNO INFANTIL)
- Dermaglós (CUBIERTO SOLO EN PLAN MATERNO INFANTIL)
- Masivol (CUBIERTO SOLO EN PLAN MATERNO INFANTIL)

PRODUCTOS PROVISTOS POR OSDIPP (Sólo por EXCEPCIÓN, venta en farmacias con autorización previa):

- Leches maternizadas
- Agentes Inmunosupresores.
- Botox.
- Derivados de la sangre y derivados plasmáticos.
- Drogas utilizadas en el tratamiento del sida
- Heparinas de bajo peso molecular.
- Hormona de crecimiento.
- Interferones.
- Productos con piridostigmina.

- | | |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none">-Productos para nutrición (enteral y parenteral).-Todos los productos que contengan las siguientes drogas:-Teicoplanina.-Octeotride.-Cerezyme.-Copolímero – 1 (Ej. Copaxone).-Tobramicina aerosolizada.-Factores de coagulación (factor VIII, IX, etc.).-Riluzol (Ej.: Rilutek o productos de próxima aparición).-Eritropoyetina.-Drogas Oncohematológicas (Ej: Leucomax, Neupogen, factores -
estimulantes de colonias).-Inductores de la Ovulación y/o productos para tratar la esterilidad.-Lupron.-Productos para quimioterapia antinoplásica (oncológicos)-Setrones.-Tamoxifeno. |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

10. MEDICAMENTOS FALTANTES:

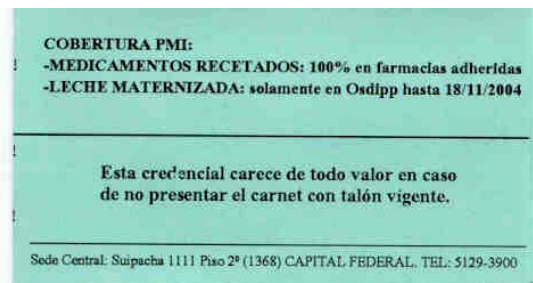
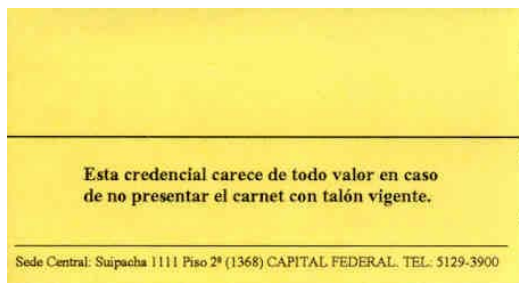
Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido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

11. LISTADO DE LECHE MEDICAMENTOSAS CUBIERTAS:

Se cubrirán todas las leches medicamentosas identificadas en al listado de Alfa Beta con la forma farmacéutica N° 57

ANEXOS

Anexo 1 - Modelos de Credenciales Vigentes:



Anexo 2 - Existencia de afiliado en el padrón:

El mismo estará disponible en www.farmalink.com.ar
Entidad : OSDIPP