

NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE: O.S.P.L. (Obra Social del Personal Ladrillero)

DESCUENTOS A CARGO DE OSPL

AMBULATORIO	40 %, 70% o 100% de descuento para todas las especialidades medicinales incluidas en el Vademécum de OSPL. Las exclusiones deberán ser autorizadas por Auditoría Médica de OSPL
PLAN MATERNO INFANTIL	100% de descuento con autorización previa de OSPL.
Hipoglucemiantes Orales y Tiras Reactivas	70% de Descuento, con autorización previa de OSPL.

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

Para acceder a los servicios los beneficiarios deberán exhibir:

- a) Receta prescrita por el médico.
- b) Documento Nacional de Identidad.
- c) TITULARES: Credencial vigente, o Último Recibo de Sueldo, o Autorización Emitida por "LA OBRA SOCIAL"
FAMILIARES: Credencial vigente, o Último Recibo de Sueldo del Titular, o Copia del Documento Nacional de Identidad del Titular, o Autorización Emitida por "LA OBRA SOCIAL", o Acta de Casamiento, o Acta de Nacimiento.

RECETARIO

TIPO: OFICIAL

VALIDEZ: 30 (TREINTA) días incluyendo la fecha de prescripción para descuentos del 40% y PMI, 120 (ciento veinte) días para los medicamentos de cobertura 70%.

Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional y con la misma tinta:

- ▶ Nombre de la Obra Social
- ▶ Apellido y Nombre del Beneficiario
- ▶ Número de Beneficiario
- ▶ Medicamentos recetados y cantidad de c/u en números y letra (si no se expresa cantidad se expendirá solamente uno) prescritos por droga, concentración y forma farmacéutica.
- ▶ Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- ▶ Fecha de Prescripción
- ▶ Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.

PARA COBERTURA 40% y PMI

- a) Utilización de receta para la cobertura de medicamentos al 40% y 100%(PMI).
- b) Cantidad de productos por receta: hasta dos productos.
- c) Unidades por tamaño: un envase grande o mediano de un producto por receta, un envase chico o único de otro producto.
- d) Cuando el profesional no indique tamaño se expendirá el envase de menor.
- e) Si el profesional equivocara la presentación se entregara el inmediato anterior.
- f) Antibióticos inyectables monodosis: hasta (5) frascos ampollas por receta.
- g) Antibióticos inyectables multidosis: uno grande por receta.

PARA COBERTURA 70% (Crónicos)

- a) El paciente debe estar empadronado según planilla de empadronamiento.
- b) Utilización de receta para medicamentos del 70%.
- c) Cantidad de productos por receta: hasta (4) productos.
- d) Unidades por tamaño: envase cuya presentación alcance para el tratamiento de un mes.
- e) Autorización por el medico auditor hasta tres meses por receta.
- f) Dispensa por la farmacia en forma mensual con dicha receta. La primera y segunda entrega con fotocopia de la misma, la tercera con la original.

PSICOFARMACOS

El profesional debe confeccionar además un segundo recetario de acuerdo a las normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia. (No se aceptan fotocopias)

MEDICAMENTOS FALTANTES

Si por cualquier motivo en la farmacia falta el o los productos recetados, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 Hs. de haber sido requeridos por el beneficiario, quien debe conocer tal condición para adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- ▶ Adjuntar los troqueles del siguiente modo: (si no posee troquel indicar sigla S/T o adjuntar solapa identificatoria)
De acuerdo al orden de prescripción.
Incluyendo el código de barras.
No utilizar goma de pegar (usar abrochadora o cinta adhesiva, para poder auditar el dorso del troquel)
- ▶ Número de orden de la receta.
- ▶ Fecha de Venta.
- ▶ Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos), las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario.
- ▶ Sello y firma de la farmacia.
- ▶ Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
- ▶ Consignar los importes: Unitarios, Total, A CARGO de OSPL, A CARGO Afiliado.
- ▶ Adjuntar copia del ticket de venta. En caso de no poder hacerlo notificar por escrito las razones.
- ▶ Los errores de expendio deberán estar salvados por el beneficiario con su firma y N° de documento.

EXCLUSIONES

Los descuentos indicados en este instructivo se aplican sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta incluidas en el vademécum de OSPL

NO SE CUBRIRAN: Medicamentos de Venta Libre, Cosméticos, Artículos de Tocador ni Antiacnéicos, Dentífricos

Los medicamentos no incluidos sólo podrán expendirse si se encuentran previamente autorizados por OSPL

PLAN MATERNO INFANTIL

La cobertura es de 100% de los medicamentos prescritos a la embarazada hasta los 45 días del post parto y al recién nacido hasta el año de edad, con autorización previa y medicamentos asociados a este grupo vulnerable.

Se reconocerán solamente Leches Medicamentosas, hasta los 3 meses de vida, únicamente en recetas autorizadas

INSTRUCTIVO PARA LA DISPENSA DE MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CRONICAS

- ▶ El afiliado que concurra a la farmacia con recetario de patologías crónicas con los datos filiatorios preimpresos se encuentran empadronados y por ende autorizados a retirar medicación con cobertura del 70%.
- ▶ Aquellas recetas al 70 % que no salgan por sistema deben tener autorización previa de Auditoría médica con firma y sello.
- ▶ La prescripción deberá ser realizada por el medico tratante por nombre genérico y el afiliado elegir previo asesoramiento del farmacéutico el nombre comercial mas adecuado.
- ▶ En caso de prescribir por nombre comercial, el farmacéutico podrá sustituir el medicamento indicado, previa autorización del afiliado, por otro con igual droga y concentración a igual o menor precio.
- ▶ La cobertura es del 70% del precio de venta al publico.
- ▶ La validez de la receta es de 120 días corridos desde la fecha de prescripción ya que se trata de una receta que cubre tres meses de tratamiento.
- ▶ La dispensa deberá realizarse en forma mensual, enviando en la facturación del primer y segundo mes copia de la receta y el tercer mes deberá facturar con la receta original.
- ▶ La cantidad de productos por renglón que indique el medico tratante debe ser el necesario para cubrir un mes de tratamiento.
- ▶ En cada una de las entregas se deberá llenar la fecha de cada entrega y los datos a completar por quien retira y en el original la fecha de las tres entregas realizadas.
- ▶ Se debe adjuntar los troqueles de los medicamentos dispensados en cada entrega y la firma y sello del farmacéutico que certifica la dispensa de los medicamentos entregados.
- ▶ En caso de entregar menor cantidad a las dosis prescripta se debe aclarar, el motivo, en las observaciones.

AUTORIZACIONES ESPECIALES OSPL


Antes de rechazar una receta por no cumplir con los requisitos de esta norma operativa, incluyendo los productos prescriptos, favor de solicitar autorización.

DIAS y HORARIOS PARA SOLICITAR AUTORIZACION:

Tel.: 011-3750-7009 de lunes a viernes de 10 a 16 hs (Personal Autorizante: Sr. Marcelo Fernandez - Dra. Marquez Ana Ka)

Son válidas al autorizaciones por fax (el cual se deberá adjuntar a la receta) y donde se indicará el descuento a realizar en cada medicamento.

MODELO DE RECETARIO PARA 40% y PMI

IMPORTANTE UNIFORME CAMBIO TECNICO FORMULARIO PARA OTRO RECEPTIVO	 OBRA SOCIAL DEL PERSONAL LADRILLERO La salud es lo primero Sede Central: Muñoz 3611 - Ciudadela Pcia. Bs. As. - Rp. Arg. Teléfonos: 4653-8358 / 4657-8457				Inscripción Anssal 110305			
	Fecha de emisión		Numero de Afiliado		Cat.	Edad	Serie RECETA N° Nº A 0000	
	Apellido y nombre: _____ Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> O				Cantidad Recetada		Código profesional o Institucional:	
	RP:(GENÉRICO)				N° Letra		Fecha de dispensación	
	RP:(GENÉRICO)				N°		Código Farmacia	
	N° _____				Sello		N° de orden	
	Sello Institución				Firma del Farmacéutico		Cant.	
	Sello, aclaración de firma y matricula				Certifico entrega de los medicamentos facturados		Precio unitario	
							IMPORTE	
							% O.S.	
						Total recetas		
						A/C beneficiario		
						A/C Obra Social		
				Benef. <input type="radio"/> Tercero <input type="radio"/> Led. N° Interno				

O D E L A P C I A D E B E S S A S	Rotulo 1	Rotulo 2	Rotulo 3	Rotulo 4	Rotulo 5						
											Firma Conforme Aclaracion y Domicilio

MODELO DE RECETARIO PARA TRATAMIENTOS CRONICOS



Receta Nro. 0202-000120

COBERTURA 70%
Entrega Trimestral

PROGRAMA DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS
PMO Resol. M.S. N° 310/04

Afiliado		Tipo de Afiliación
Documento. Tipo	Nro.	CUIL Titular
CUIL		Sexo Edad

Fecha:/...../.....

Tratamiento: Indicar la prescripción por monodroga cubierta, concentración, forma y unidades según dosis mensual.				Liquidación de la Farmacia		
Nombre genérico	Forma farmacéutica	Cant. Recetada		Cant. Entregada	Precio Unitario	Precio Total
		En número	En letras			
SR. PROFESIONAL: Indique Periodos de Tratamiento: Mes y Año 1° Período de Tratamiento:/...../..... 2° Período de Tratamiento:/...../..... 3° Período de Tratamiento:/...../.....				TOTAL		
Sello del Profesional Firma del Profesional				A CARGO AF.		
				A CARGO O.S.		

DISPENSA y LIQUIDACIÓN DE FARMACIA	
1° Entrega (con copia de esta receta)	Fecha:/...../.....
2° Entrega (con copia de esta receta)	Fecha:/...../.....
3° Entrega (original de esta receta)	Fecha:/...../.....

DATOS A COMPLETAR POR QUIEN RETIRA	
Beneficiario	<input type="radio"/>
Tercero Interviniente	<input type="radio"/>
Firma conforme:
Aclaración:
Tipo y N° de Doc.
Domicilio:
Teléfono:

Troquel	Troquel	Troquel
Troquel	Troquel	Troquel
Troquel	Troquel	Troquel

CERTIFICO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS

.....
Sello y Firma del Farmacéutico

Observaciones:
