

OSPEPRI
PETROLEROS PRIVADOS

(30/06/2022)

BONIFICACIÓN

Se hará una bonificación del 5,5% sobre el total de la receta dispensada.

VALIDACIÓN ON LINE DE RECETAS

En todos los planes, las recetas deberán llevar AUTORIZACIÓN On Line, incluso si el producto requiere autorización previa de la Obra Social.

El número de afiliado es el del documento que consta en la credencial: Ej DU 47148205 Cargar 47148205.

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
01 Ambulatorio SMO –FULL –JUB SMO	70%(5) 80% 100%(6)	30% 20% 0%	SI	NO
02 Ambulatorio PMO	40% 70%(5) 100%	60% 30% 0%	SI (2)	NO
03 Plan Materno Infantil (1-4)	100%	0%	NO	SI
06 Autorizaciones Especiales (3)	X	Y	NO	SI

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
(2) Formulario terapéutico de la Obra Social.

(3) La receta deberá validarse. A partir del 01/10/2021 no se aceptarán recetas que contengan autorizaciones de correo de la obra social OSPEPRI; es válido el formulario que más adelante se anexa. Las recetas que requieran autorización, deben estar acompañadas de ese formulario.

Si en el formulario de autorización figura "Retirar en Farmacia MEOPP", no dispensar y el afiliado solicitará uno nuevo en la Obra Social.

- (4) En el caso de vacunas dentro del PMI, la receta deberá contener autorización previa de la obra social, en original o fax adjunto.
(5) Para el caso de Vacunas de los planes PMO Y Ambulatorio, la receta deberá contener Autorización previa de la obra Social.

- (6) Anticonceptivos, según el Vademécum de la obra social.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOST ICO	RECETA	VALI - DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENERICO (B)	NO	PARTICU - LAR (A)	30 días	SI	Sello: SI Manuscrito: NO

- (A) En la receta deberán constar los datos filiatorios del afiliado: nombre y número de dni
(B) Podrá llevar indicación de nombre comercial.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA
(Rp x Rec.)

3 (a)

- a) NO se cuentan repetidos.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

TAMAÑO (a-b)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	2
SUBSIGUIENTE AL CHICO	1
GRANDE (3º TAMAÑO o más)	1
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	2

- a) En una misma receta NO pueden coexistir dos medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.
b) Debe llevar la leyenda: "TRATAMIENTO PROLONGADO", de puño y letra del médico, cuando se prescriban dos (2) unidades por medicamento de tamaño chico o uno (1) de tamaño subsiguiente al chico o grande. No se acepta la abreviatura: "T.P."

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- 1) Recetas que excedan el monto de \$ 20000 (pesos veinte mil) salvo que tengan Auditoria Médica de Ospepri.
2) En plan Ambulatorios 80, Ambulatorios PMO, Anticonceptivos y Vacunas, todo producto fuera del respectivo vademécum.

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) En los planes Ambulatorio 80, Ambulatorios PMO, medicamentos incluidos en los respectivos vademecum.
b) Resto de los planes, medicamentos autorizados por la obra social.

ENMIENDAS

- a) Todas las enmiendas que se hagan en el sector de la receta destinado a la farmacia, deberán ser salvadas y el afiliado deberá firmar y aclarar su firma, avalando dicha salvada.
b) Toda enmienda hecha en la prescripción deberá ser salvada por el médico tratante bajo leyenda: "Digo(lo enmendado)" firmando y sellando el médico nuevamente lo salvado.

Por ninguna razón se aceptará, con cargos a las entidades, recetas con enmiendas, raspaduras o agregados con distinta lapicera, sino están salvados expresamente por el profesional prescribiente.

AFILIACIÓN

Se acredita con CARNET y DNI.

NOMBRE, APELLIDO Y Nº DE AFILIACIÓN

Si fueran ilegibles o poco claros o incompletos o faltase, el farmacéutico colocará en la receta los datos correctos que obren en el carnet o credencial del afiliado.

PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS

Se pueden presentar hasta 120 DIAS de la fecha de dispensación

(30/06/2022)

MODELO DE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Autorización de Medicamentos

ID GLPI: 123456

Nombre y apellido:

Afiliado NN

Nro. de Afiliado:

XX.XXX.XXX

Fecha de prescripción:

17/09/2021

Plan:

SMO

Medicamento	Presentación	Cantidad autorizada	Porcentaje de cobertura		
			Obra Social	Mutual	Total
Ibuprofeno 400mg	comp x 20	1	40%	40%	80%
Enalapril 10mg	comp x 30	1	70%	10%	80%
Paracetamol + asoc.	jbe x 100ml	1	0%	80%	80%

A retirar por farmacia:

Externa

Médico Auditor:

Natalia Aguirre

Matrícula:

6128