

(09/11/2022)

BONIFICACION

En Diabetes, se hará una bonificación del 10% sobre el PVP de insulinas, tiras reactivas e hipoglucemiantes.

EN PANDEMIA

Se acepta RECETA, COPIA DE RECETA o MAIL DE LA OBRA SOCIAL. En caso de que se trate de COPIA, debe contener la leyenda de puño y letra del profesional que prescribe “Emergencia Covid 19”.

Debe estar previamente empadronado si lo recetado son leches y/o medicación crónica.
Estas excepciones excluyen la atención de Psicofármacos y productos con receta archivada, los que deben estar en receta original.

VALIDACIÓN ON LINE

Las recetas del Plan Ambulatorios, Crónicos, Diabetes y Anticonceptivos, Internación domiciliaria y las del PMI, requieren validación previa. Solamente serán abonadas aquellas recetas que cuenten con dicha AUTORIZACIÓN

Ver Guía de Validación On line respectiva (Cía de Servicios Farmacéuticos).

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manua l Fco.	Valida On line
Ambulatorio Ospedyc	40%	60%	SI (3)	NO	SI
Ambulatorio Utedyc	50%	50%	SI (3)	NO	SI
PMI (1-2)	100%	0%	SI (4)	NO	SI
Autorizaciones de Excepción (5)	40% 50% 100%	60% 50% 0%	SI (3)	NO	NO
Crónicos, Diabetes y Anticonceptivos.	X%	Y%	NO	SI	SI
Internación domiciliaria (6)	X%	Y%	NO	SI	SI
Autorizaciones Especiales (7)	X%	Y%	NO	SI	NO

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- (2) En Plan Materno Infantil: LECHES, según vademécum, no requiere autorización previa. Lo mismo para el resto de los medicamentos que están recetados, siempre y cuando figuren en vademécum de PMI. Este plan debe validarse.
- (3) Formulario Terapéutico de OSPEDYC.
- (4) Formulario Terapéutico de OSPEDYC para el PMI Madre y PMI Niño.
- (5) En este plan se deberán cargar aquellas recetas que no se pueden validar On Line por inconvenientes con el número de afiliado. Para acceder al descuento, deberán presentar una constancia de afiliación (validez 30 días), de la cual se debe adjuntar copia a la receta. Debe efectuarse Declaración de Dispensa Manual.
- (6) Con autorización previa de la obra social y validación on line. deberán llevar autorización previa de alguno de los médicos autorizantes (Ver más adelante el Listado).
- (7) Deberán llevar autorización previa de alguno de los médicos autorizantes (Ver más adelante el Listado). Este

plan no se valida. Se procesa su facturación por Observer Gestión a través del plan Autorización de Excepción. Debe efectuarse Declaración de Dispensa Manual.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN – TROQUEL

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOST ICO	RECETA	VALI - DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENERICO	NO	PARTICU LAR (A-B-C- F-G-H-J)	60 Días (I)	SI (D-E)	Sello: SI Manuscrito: NO

- A) Los recetarios pueden ser particular o de instituciones. Se aceptan recetarios sin membrete. En el caso del P.M.I. llevan leyenda “*Plan Materno Infantil*” ó “*PMI*” (*la leyenda podrá estar colocada por el médico prescriptor*).
- B) Se aceptan recetas digitales o electrónicas, incluyendo la firma electrónica o digital del profesional.
- C) Las recetas deberá llevar de puño y letra del médico:
- Nombre y apellido del paciente.
 - Número de afiliado (tal como figura en la credencial).
 - Medicamentos recetados por principio activo (puede indicar marca sugerida) y cantidad de cada uno: en números y letras
 - Diagnóstico optativo.
 - Firma y sello legible del médico u odontólogo con número de matrícula y aclaración.
 - Fecha de Prescripción.
- D) Adherir con goma de pegar. No son válidos los troqueles o códigos de barras promocionales del tipo “2x1”, los marcados o los institucionales.
- E) Si el medicamento no tuviera troquel se deberá adjuntar el código de barras.
- F) El porcentaje de descuento aplicado deberá figurar agregado junto a la prescripción en forma manuscrita (Si no se valida on line)
- G) Con cada receta se deberá adjuntar copia del documento no fiscal homologado para uso de obras sociales (copia adicional del ticket fiscal o factura manual). La falta de este comprobante se considerará motivo de débito.
- H) Patologías crónicas, Diabetes, Internación domiciliaria y Anticonceptivos: el afiliado debe estar empadronado. NO REQUIERE PRESENTACIÓN DE RECETA para efectuar la dispensa. Si presentase una copia de receta (impresa o digital), la misma no deberá retenerse. Troqueles, firmas y sello irán en el ticket de validación.

NOTA: En plan Diabetes, en caso de no poder realizar la dispensa por rechazo en la validación (sean tiras reactivas, hipoglucem, agujas y lancetas), el afiliado debe concurrir a Ospedyc para su asesoramiento. Es decir, no se debe hacer declaración de Dispensa, aun por más que se encuentre autorizado por la entidad.

- I) La validez del recetario para el expendio de medicación de Patologías Crónicas, Anticonceptivos y Diabetes: Primer mes similar a la cobertura general. Entregas subsiguientes: para evitar rechazos del sistema, ingresar como fecha de prescripción la fecha de venta.

(09/11/2022)

J) FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA DISPENSA DE PAÑALES: este plan se da de baja a partir del 01/07/2022.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	6
--	---

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

TAMAÑO	Cantidad
CHICO o UNICO	2
SUBSIGUIENTE AL CHICO	2
GRANDE (3º TAMAÑO o más)	2
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	6 (a)
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	2 (b)

- a) Se considera tamaño grande, a los efectos del límite de envases por receta.
- b) Se considera tamaño chico, a los efectos del límite de envases por receta.

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) Plan Materno Infantil, medicamentos de venta bajo receta que figuren en el vademécum identificado como pertenecientes a este plan. En Plan Materno Infantil, se podrán expender recetas que no cumplan las presentes normas de trabajo, SOLO si están autorizadas previamente por alguno de los médicos autorizantes (Ver mas adelante el Listado).
- b) Crónicos, Diabetes, Anticonceptivos y para Internación Domiciliaria, medicamentos de venta bajo receta, previa autorización on line.

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

Leches. En caso de recibir una receta o autorización por estos productos, no debe efectuarse la dispensa, se deberá indicar al afiliado que se dirija a la delegación de la obra social.

TRAZABILIDAD

Es obligatorio dar cumplimiento, en los casos que sea aplicable, al Sistema de Trazabilidad establecido en la Res. 435/11 MS y las Disposiciones 3683/11 y 1831/11 ANMAT, ya sea mediante el propio sistema informático de su farmacia o bien de la página web provista al efecto por la ANMAT.

ENMIENDAS

Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia debe repetirlo al dorso, en forma clara y correcta, indicando junto al número consignado por el médico la frase “ver al dorso”. El beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad.
Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción debe estar salvadas por el médico con su firma y sello.

AFILIACIÓN

Se acredita con CREDENCIAL y DNI.
En caso de no contar con credencial, se podrá acreditar con la constancia de afiliación vigente (validez 30 días). Adjuntar copia a la receta para su facturación.

PRESENTACIÓN DE LA FACTURACION

La presentación de las recetas es dentro de los 60 días desde la fecha de venta, se deberá hacer en un mismo Resumen de Facturación electrónico en el que debe figurar indispensablemente:

- 1) Recetas validadas on line, con CIERRE DE LOTE y carátula emitida por el sistema (Ver guía de Validación On Line).
- 2) Recetas sin validación on line (DDM – Declaración de Dispensa Manual) con CIERRE DE LOTE y carátula emitida por el sistema.

LEY DE GENÉRICOS

- a) Si se prescribe por nombre genérico (monodroga) se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescrita que tenga igual concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada y que se encuentre incluida en el vademécum.
- b) Si se sugiere nombre comercial (marca) seguida al nombre genérico, se permite el reemplazo por otros nombres comerciales que figuren en el vademécum, siempre que tengan igual: Monodroga, concentración, forma farmacéutica, cantidad.

En caso de reemplazo:

- b-1) El afiliado deberá firmar (por segunda vez) de conformidad el reemplazo.
- b-2) El farmacéutico deberá colocar fecha, firma (por segunda vez) y sello aclaratorio (nombre, apellido y matrícula).
- c) Si el médico indica nombre comercial y estima que no cabe reemplazar el medicamento denominado por marca debe agregar a continuación de la firma correspondiente a la prescripción y de su puño y letra la frase: “Justificación de la prescripción por marca”, dejando nuevamente asentada su firma y sello (segunda firma). En este caso el medicamento no podrá ser reemplazado.

LISTADO DE MEDICOS AUTORIZANTES

- DR FERNANDO ALFONSIN
- DRA CELINA AVILA
- DR JORGE BARRERA
- DR ANGEL BATTAGLIA
- DR. WALTER BRIGGILER
- DRA. VIVIANA CANTARUTTI
- DR. JORGE CESARO
- DR SILVIO COISSON
- DRA LAURA DEL GESSO
- DR ERNESTO DELGADO
- DRA. LAURA GUZMÁN
- DRA. VALERIA EL HAJ
- DR. PABLO ERPEN
- DR . ALEJANDRO KORNBERG
- DRA. VALERIA LÓPEZ GIRONES
- DR. MARCELO LÓPEZ MARISCAL
- DR JOSE MACKSINZIUK
- DRA.CECILIA MAISSONAVE
- DRA. PATRICIA PEDARROS
- DR RAFAEL PEREDA
- DRA. LAURA SCRIGNAR


Por lo tanto NO son válidas las autorizaciones especiales efectuadas por personas diferentes a las indicadas.

(09/11/2022)

MUESTRA DE CREDENCIAL



MUESTRA DE CONSTANCIA DE AFILIACIÓN



CONSTANCIA DE AFILIACION

08/10/2013 03:51 p.m.
XXXXXX
Válido Hasta: 07/12/2013

AFILIADO TITULAR

Nro. de Afiliado: XXXXXXX / XX

Nombre y Apellido: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Fecha de Nacimiento: XX/XX/XXXX

Fecha de Alta: XX/XX/XXXX

Domicilio: XXXXXXX XXXXXXX

Telefono: XXXXXXX

Localidad: XXXXXXX XXXXXXX

Documento: XXXXXXX XXXXXXX

C.P.: XXXXXXX Seccional: XXXXXXX XXXXXXX

Empresa: XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX

CUIL XXXXXXX XXXXXXX

Tipo: XXXXXXX XXXXXXX

Correo electrónico: XXXXXXX XXXXXXX

FAMILIARES

Nro. Afiliado	Documento	Apellido y Nombre	Fecha Nac.	Parentesco	Fecha de Baja
XXXXXX /01	XXXXXX	XXXXXXXX XXXXXXX		XXXXXXXX XXXXXXX	
Cul: XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX					
XXXXXX /02	XXXXXX	XXXXXXXX XXXXXXX		XXXXXXXX XXXXXXX	
Cul: XXXXXXX XXXXXXX					

DATOS DE LA ENTIDAD

ENTIDAD EMPLEADORA: XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX XXXXXXX

CUIT: XXXXXXX XXXXXXX

DOMICILIO LABORAL: XXXXXXX XXXXXXX LOCALIDAD: XXXXXXX XXXXXXX

PROVINCIA: CODIGO POSTAL: 1054

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados, como así tambien, que las personas que se declaran se encuentran a mi cargo, no teniendo cobertura social alguna, ni perciben ingresos de ningún tipo, comprometiéndose al reintegro de los gastos que ocasionen las prestaciones brindadas en el caso que se compruebe falsedad en los datos suministrados. Asimismo notificar las modificaciones del grupo familiar a cargo (ej. fallecimiento, mayoría de edad, estudios, relación de dependencia, etc.), y también la actualización de datos personales (ej. cambio de domicilio, teléfonos, etc.)


Firma/Sello Beneficiario

Firma/Sello Afiliaciones OSPEDYC

Cabe aclarar que dicha constancia es válida tanto para el titular como para los integrantes del grupo familiar allí detallados.

MODELO DE RECETA OFICIAL DE INTERNACIÓN DOMICILIARIA

El recetario que se presenta a continuación, es el UNICO para INTERNACIÓN DOMICILIARIA y se valida on line.



SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA INTERNACION DOMICILIARIA

BENEFICIARIO

NRO

DIAGNÓSTICO

DESCRIPCIÓN MONODROGA	MARCA SUGERIDA	PRESENTACIÓN	CANTIDAD

FECHA

FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE