

PLANES Y DESCUENTOS

PLANES	a/c de OSDE	a/c de BENIFICIARIO	C/F. TERA-PEUTIC O	Con Manual FCO	Valida ON-LINE	C/AUT. LOCAL DE OSDE	% BONI-FICACION a/c de FARMACIA
							(5)
AMBULATORIOS	40%	60%	NO	SI	SI On Line	NO	5%
PLAN MATERNO INFANTIL - MI (2)	100%	0%	NO	SI	SI On Line	NO	
AMBULATORIO CRÓNICO CX (Se indica en la credencial) (3) (4)	70%	30%	SI (4)	NO	SI On Line	NO	
	40%	60%	NO	SI			
Recetas que no se pueden validar ON LINE (Excepción)	40%	60%	NO	SI	NO	SI	
DIABETES Tiras reactivas para NO insulino dependientes (12)	70%	30%	NO	SI	SI On Line	SI	10%
DIABETES Tiras reactivas para insulino dependientes (12)	100%	0%	NO	SI	SI On Line	SI	10%
DIABETES Hipoglucemiantes orales - CX (Se indica en la credencial) (3) (4) (12)	70%	30%	NO	SI	SI On Line	NO	10%
DIABETES Insulinas (12)	100%	0%	NO	SI	SI ON Line	SI	15%
ANTICONCEPTIVOS (C.Diag. Z30 - Anticoncepción) (9) (12)	100%	0%	NO	SI	SI On Line	NO	15%
ANTICONCEPTIVOS (Terapia Hormonal) (12)	40%	60%	NO	SI	SI On Line	SI	5%
INTERNACIÓN clínica (8)	100%	0%	NO	SI	NO	NO	15%
INTERNACIÓN domiciliaria	100%	0%	NO	SI	NO	SI	15%
DISCAPACIDAD	100%	0%	NO	SI	NO	SI	10%
COBERTURA ESPECIAL (Oncológicos y Tratamientos especiales) (7) - (10)	100%	0%	NO	SI	NO	SI	(1)
COBERTURA ESPECIAL COADYUVANTES del Trat. Oncológico y especiales (7) - (10)	100%	0%	NO	SI	NO	SI	(1)
	40%	60%					
MATERIAL BIOMEDICO	100%	0%	NO	SI	NO	SI	(6)
FORMULAS MAGISTRALES	100%	0%	NO	SI	NO	SI	(6)
TAMOXIFENO CON VALIDACION ON LINE (11) (12)	100%	0%	NO	SI	SI	NO	(1)

Si en una misma receta esta prescripto un medicamento que lleva autorización previa y otro que no. Deberán validarse por separado.

(1) En este plan, “OSDE” percibe el descuento que tiene cada medicamento en el formulario terapéutico. El cual se calcula sobre el precio unitario del medicamento y tomando como base el precio de venta sugerido al público.

Esta bonificación se aplicará en medicamentos cuyas drogas se encuentren en el FORMULARIO TERAPÉUTICO DE DROGAS ONCOLOGICAS Y PARA

TRATAMIENTOS ESPECIALES. Si las condiciones del mercado no permitieran hacer esta bonificación, se le comunicará a la “OBRA SOCIAL”, de manera fehaciente, a los efectos de interrumpir la aplicación de esta bonificación en los medicamentos en cuestión.

(2) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.

(3) Formulario Terapéutico de Osde para Pacientes Crónicos. Si el medicamento no se encuentra incluido en este Formulario Terapéutico, tendrá cobertura común de Ambulatorios. Si el paciente no se encuentra

(05/07/2023)

empadronado se le brinda la cobertura de ambulatorio. En caso de querer ser alcanzado por el plan crónico (mayor cobertura), deberá tramitar tal empadronamiento ante OSDE.

- (4) Se otorgará el beneficio a los afiliados de Osde Binario y Osde Binario Neo de todo el país, como también a los de Osde Amsa, Osde Medicus y Osde Qualitas.
- (5) BONIFICACION: Las mismas se calculan sobre el precio de venta al público al momento de la dispensa, publicados en Revista Kairos y/o Manual Farmacéutico.
- (6) Los precios asignados a cada producto incluido en el LISTADO DE MATERIAL BIOMEDICO, tiene descontada la bonificación -a cargo de la farmacia-.
- (7) Siempre llevan autorización de OSDE con una Orden Emitida a tal fin.
- (8) Solo llevan un sello de la Institución que informa Internado.
- (9) Para anticonceptivos la socia debe estar empadronada en OSDE previo a la compra. Solo requiere Orden cuando se utiliza como reemplazo hormonal.
- (10) Incluye medicamentos que no superen los \$ 2.236.- dicho importe se actualizará de acuerdo a la información brindada por OSDE.
- (11) Las recetas conteniendo tamoxifeno no podrán tener recetado ningún otro medicamento. Validar por Plan ambulatorio.
- (12) Se validan como plan Ambulatorio, y el sistema arroja el porcentaje de cobertura correspondiente. En caso de que el sistema rechace cobertura (0%) el paciente deberá regularizar su situación ante OSDE. Lo mismo si se trata de agujas y lancetas.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN – TROQUEL

PRESCRIPCIÓN Por nombre	DIAGNOSTICO	RECETA	VALIDACIÓN REC.	TROQUEL	FIRMA Y ACLAR. DEL MEDICO
GENÉRICO (C)	SI (B)	(A-D)	30 días	SI (D)	Sello: SI Manuscrito: SI

A. DE LAS RECETAS Y AUTORIZACIONES:

Recetarios:

Particular (*):

(*): Los recetarios particulares deben reunir las siguientes condiciones (si no se rechaza y debita la receta):

a) Tener Membrete preimpreso del médico o Institución en la que se realice la prescripción.
Solo se exceptúan aquellos que presenten sello o identificación de Salud Pública.

b) No se aceptarán pedidos realizados en hojas o recetarios que contengan propaganda de medicamentos, de laboratorios u otros.

Medicación específica: En el caso de los planes Cobertura Especial (Oncológicos) y Cobertura Especial Coadyuvantes, en las recetas sólo se acepta

medicación específica. Cuando se prescriba medicación específica y no específica (por ej. Antibióticos, etc.) se debe tachar esta última.

Medicamentos Con Autorización Previa: En el caso de estos medicamentos, la autorización previa se hará mediante una orden emitida por OSDE, la que deberá adjuntarse con la receta.

B. DIAGNÓSTICO: Toda prescripción médica deberá contener diagnóstico presuntivo. Los medicamentos prescritos deben corresponder al diagnóstico/s indicado/s por el médico en la receta.

El mismo podrá estar indicado en forma explícita, o a través del Código Internacional de Enfermedades; y en aquellos casos en que el médico considere que el diagnóstico debe mantenerse en reserva, deberá adjuntar el mismo, en sobre cerrado, para su evaluación por la Asesoría Médica de OSDE.

- C. Ver aparte Ley de Genéricos.
- D. En el caso de leches medicamentosas se debe colocar la leyenda "S/T", y colocar el N° de registro alfa beta o N° de código de barra si es que el troquel es no extraíble.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	3 (a-b)
--	---------

- a) Se cuentan repetidos.
- b) Excepciones a otras cantidades, deben estar autorizadas por OSDE, a través de la validación ONLINE o por Autorización Local.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

TAMAÑO (a-e)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	2
SUBSIGUIENTE AL CHICO	2
GRANDE (3º TAMAÑO o más)	2
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	6
ANTICONCEPTIVOS	3

- a) En una misma receta pueden coexistir dos o más medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.
- b) Se debe especificar la concentración, unidades y tamaño de cada medicamento. Cuando el profesional no especifique claramente concentración y/o unidad y/o tamaño, se entregará el de menor concentración y/o unidad y/o tamaño, según corresponda.
- c) Cuando el profesional prescriba grande sin otra especificación, se dispensará el tamaño subsiguiente al chico.
- d) Cuando un medicamento tenga una presentación UNICA se considerará como tamaño chico.
- e) Excepciones a estas cantidades, deben estar autorizadas por OSDE, a través de la validación ONLINE o por Autorización Local.

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) Medicamentos de venta bajo receta que figuren en Kairos y/o Manual Farmacéutico y sujeto a resultado de la validación.
- b) En el caso de odontólogos, solo pueden prescribir: Vitaminas, minerales, Antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos, Antiespasmódicos, antimicóticos bucales, antihistamínicos, antieméticos, normalizadores de la

(05/07/2023)

flora intestinal, antitetánicos, y aquellos asociados a lesiones herpéticas de labio y/o mucosa.

c) En Plan Materno Infantil: Casos particulares:

c-1) Leches en polvo medicamentosas, lo autorizado por el validador on line.

c-2) Listado de Dermaglós:

DERMAGLOS	cr. x 100g	2983822
DERMAGLOS	cr. X 200g	2983823
DERMAGLOS	cr. x 50g	2983821
DERMAGLOS	Emuls x 100ml	2704391
DERMAGLOS	Emuls x 200ml	2704392
DERMAGLOS	Emuls x 400ml	2704393

d) Citostáticos: Se reconocen solo los incluidos en el Listado de Medicamentos Oncológicos de OSDE, con AUTORIZACION, a excepción de Tamoxifeno el cual deberá validarse on line.

e) MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN AUTORIZACION:

e-3) Citostáticos. (Excepto Tamoxifeno, el cual deberá validarse on line)

e-4) Factor estimulante de Colonias.

e-5) Antihemofílicos.

e-6) Interferon.

e-7) Copolímeros.

e-8) Inmunomoduladores(Azatioprina, Ciclosporina, etc.)

e-9) Eritropoyetina.

e-10) Específicos para enfermedades fibroquísticas.

e-11)Gammaglobulinas. Excepto: Gammaglobulina Antitetánica con o sin toxoide, Gammaglobulina Anti RHO y Gammaglobulina + Histamina.

e-12) Hormona del crecimiento.

e-13) Antiretrovirales.

e-14) Palizumav (Synagis, etc)

e-15) Corticoides,antieméticos, leucovorinas. SIEMPRE QUE FORMEN PARTE DE UN TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO.

e-16) Insulinas según normas.

e-17) Los siguientes medicamentos (con cobertura 40%):

DECAPETYL RETARD	3,75 MG LIOF FA+ACC DIL	3766831
ENBREL	25 MG FAX4	4602461
FOLLITRIN	75 UI LIOF FAX1+ SOLV	3338991
FOLLITRIN	75 UI LIOF FAX6+ SOLV	3338992
FOLLITRIN	75 UI LIOF FAX12+ SOLV	3338993
GENOZYM	COMP X 60	51674
GONACOR 1000	IM LIOF FA X 1 + A SOLV	2685332
GONACOR 5000	IM LIOF FA X 1 + A SOLV	2685331
GONAL F 150	LIOF INY AX6 +A SOLV X	419376

	6	2
GONAL F 150	LIOF INY AX1 +A SOLV X 1	4193761
GONAL F 150	LIOF INY AX12 +A SOLV X 12	4193763
GONAL F 75	LIOF INY AX6 +A SOLV X 6	4193682
GONAL F 75	LIOF INY AX1 +A SOLV X 1	4193681
GONAL F 75	LIOF INY AX12 +A SOLV X 12	4193683
HMG MASSONE	INY FA X 1 + A SOLV	2447311
HMG MASSONE	INY FA X 6 + A SOLV	2447312
HUMEGON (HMG ORGANON)	LIOF AX1+SOLV AX1	3058062
HUMEGON (HMG ORGANON)	LIOF AX10+SOLV AX10	3058062
LADOGAL	200 MG CAPS X 100	2614702
LARMADEX	3.6 MG DEPOT X 1	4160911
LUPRON	KIT X 1	3003351
LUPRON DEPOT 22.5	KITX1	4196311
LUPRON DEPOT 3.75	KIT X1	3120091
LUPRON DEPOT 7,5	KIT X1	3071251
LUTEOLIBERINA ELEA	INY LIOF FAX1+SOLVX1	2549541
METRODINE	75 UI LIOF AX6+ A SOL	2884662
METRODINE	150 UI LIOF AX6+ A SOL	2884664
METRODINE	150 UI LIOF AX1+ A SOL	2884663
METRODINE HP	75 UI LIOF AX1+ A SOL	2926154
METRODINE HP	150 UI LIOF AX6+ A SOL	3725905
METRODINE HP	150 UI LIOF AX1+ A SOL	3725904
METRODINE HP	75 UI LIOF AX6+ A SOL	2926155
PERGONAL BS 1000	LIOF INY AX6 + A SOLV 6	3144516
PERGONAL BS 1000	LIOF INY AX1 + A SOLV 1	3144511
PERGONAL BS 1000	LIOF INY AX12+ A SOLV 12	3144513
PERGONAL BS 500	LIOF INY AX12 + A SOLV 12	7281912
PERGONAL BS 500	LIOF INY AX1 + A SOLV 1	728191
PREGNYL	INY AX1 X 1 ML	3402901
PROFASI HP	10000 UI INY AX1 + SOLV	2728312
PROFASI HP	5000 UI INY AX1 + SOLV	2728311
PUREGON	100 UI AX1	4208441
PUREGON	50 UI AX5	4208362
PUREGON	100 UI AX5	4208442
PUREGON	50UI AX1	4208361
RELISER	KIT X 1	4328311
REMICADE	100 MG IV LIOF FAX1	4594891
RILUTEK	50 MG COMP X 60	4145161

(05/07/2023)

SEROFENE	50 MG COMP X 30	3736052
SUPREFACT	INY FAX2 X 5,5 ML	3048901
SYNRELIN	FCO BOMBA DOSIF X 8 ML	4591821
ZOLADEX	DEPOT X 1	3198571
ZOLADEX LA	DEPOT X 1	4112491

LEY DE GENÉRICOS

- a) Al prescribir por nombre genérico (monodroga) se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescrita que tenga igual concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada.
- b) Al prescribir por nombre genérico (monodroga) y sugerir un nombre comercial (prescripción por marca), se permite el reemplazo por otros nombres comerciales que figuren en el Manual Farmacéutico o Guía Kairos., siempre que tengan igual: Monodroga, concentración, forma farmacéutica, cantidad y cuyos precios sean menores al medicamento cuyo nombre comercial se prescribió.
- 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) Al prescribir por nombre genérico (monodroga) y sugerir un nombre comercial y el médico 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: "Justificación de la prescripción por marca", dejando nuevamente asentada su firma y sello (segunda firma). En este caso el medicamento no podrá ser reemplazado.

AFILIACIÓN

Caso General: Se acredita con CREDENCIAL de OSDE BINARIO (física o digital + token obligatorio) y documento de identidad.

Crónicos(CX): Se acredita con una credencial con la marca CX delante del rótulo grabado/ no grabado en el mismo plástico de la credencial o en su defecto una credencial provisoria que acredite su condición de tal.

Plan Materno Infantil (MI): Se acredita con la credencial de OSDE con la identificación "MI".

Si la paciente tuviera cobertura de crónico, durante el embarazo pasará a tener la cobertura 100% a través del PMI.

NOTA:

- (*) No se deberá atender en ningún plan, a los afiliados de OSDE cuyo número de socio comience con 55 (Ej 55 060 221 001).Ni los planes 1-015 ó 2-025
- (**) En el caso de que la prescripción médica no diga la palabra OSDE y/o el número de asociado, el farmacéutico podrá colocarlo consignando "OSDE – Nro de Asociado".
- Estos datos podrán obtenerse de la credencial.

Los afiliados podrán presentar una credencial provisoria, la que perderá validez al momento de obtener la definitiva.

MOTIVO DE RECHAZO DE RECETAS

- a) Cuando no presente el troquel del medicamento.
- b) Cuando la prescripción no presente firma de conformidad y documento del asociado.
- c) Falta de diagnóstico presuntivo.
- d) Cuando la fecha de prescripción es posterior a la fecha de expendio del medicamento.
- e) Cuando en auditoría de terreno se detecte falta de cumplimiento de lo establecido en la presente norma de trabajo.

PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN

La facturación se presenta acondicionada como se indica más adelante y con la documentación de respaldo, a saber:

1.) PLANES VALIDADOS ON LINE

- 1.1.) Ambulatorios
- 1.2.) Plan Materno Infantil (MI).
- 1.3.) Plan Crónicos CX
- 1.4.) Plan hipoglucemiantes orales CX
- 1.5.) DIABETES Tiras reactivas para NO insulino dependientes
- 1.6.) DIABETES Tiras reactivas para insulino dependientes
- 1.7.) DIABETES INSULINAS.
- 1.8.) Plan Anticonceptivos (C.Diag. Z30 - Anticoncepción)
- 1.9.) Plan Anticonceptivos (Terapia Hormonal)
- 1.10.) Tamoxifeno.

2.) PLANES QUE NO SE VALIDAN ON LINE

Se presentan con la carátula emitida por sistema:

2.1.)Incluye los siguientes planes:

- 2.1.1.) Recetas que no se pueden validar ON LINE (Excepción)
- 2.1.2.) INTERNACIÓN CLÍNICA
- 2.1.3.) INTERNACIÓN DOMICILIARIA
- 2.1.4.) DISCAPACIDAD
- 2.1.5.) COBERTURA ESPECIAL (Oncológicos y Tratamientos especiales)
- 2.1.6.) COBERTURA ESPECIAL COADYUVANTES del Trat. Oncológico y especiales.
- 2.1.7.) MATERIAL BIOMEDICO
- 2.1.8.) FORMULAS MAGISTRALES.

2.2.)Cada lote se debe colocar en bolsas de polietileno individual

2.3.)Cada lote lleva su correspondiente "CARÁTULA DE LOTE".

- 3.) De las recetas: Cada receta debe llevar adjunto el ticket de validación ON-LINE), ver instructivo de acondicionamiento. Para recetas no validadas On Line se utilizará el dorso de la prescripción médica para registrar la venta. Debe incluir los siguientes datos: 1) Fecha de venta – 2) Precio de venta (importes unitarios

(05/07/2023)

y totales) -3) Consentimiento del asociado o tercero interviniente (firma, aclaración, DNI) - 4) Firma y sello de la farmacia.

***NOTA:** para recetas validadas o no on line, en el dorso de las mismas debe estar consignada la conformidad del afiliado o tercero -con firma, aclaración y DNI. Y estos datos también deben ser visibles, al igual que sello y firma de la farmacia.

4.) **Constancia de Trazabilidad:** Si el medicamento no tiene troquel por estar incluido en la Lista 1 de trazabilidad (Resol. 3683/2011 del Anmat) se deberá adjuntar la "CONSTANCIA DE TRAZABILIDAD".

EJEMPLO DE "CONSTANCIA DE TRAZABILIDAD"

--- Constancia de Traza ---

Evento: 111 Dispensa al Paciente

Resp. A.N.M.A.T.: OK

ID Transacción: 938054902

Fecha y hora. 16/03/2016 11:16/03/2016

Obra Social: OSDE

RNOS O.S.: 211947

Afiliado N°: 17888011

Afiliado: Juan Perez

GTIN-SERIE

07795345013848-0208162718

IMPORTANTE: Para la emisión de la Constancia de Trazabilidad se deberá cargar el número de afiliado al trazar el medicamento.

- 5.) Los troqueles se deben colocar en la parte delantera inferior de la receta en el mismo orden de prescripción. Los troqueles repetidos se colocan al dorso de la receta en el mismo orden de prescripción
Los troqueles se colocarán con el código de barra para abajo.
- 6.) Las recetas tienen un máximo de 60 días desde su fecha de venta para ser presentadas.

INSTRUCTIVO ACONDICIONAMIENTO DE RECETAS

A continuación se detallan los aspectos generales que las farmacias deberán tener en cuenta para preparar y ordenar las recetas antes del envío a OSDE

NORMATIVAS GENERALES

- Presentar las recetas con su cierre correspondiente, recordar que es conveniente realizar el control previo para que coincida la información de las carátulas con las recetas presentadas a fin de evitar diferencias en el momento de su proceso.
- Utilizar goma de pegar para adherir:
 - los troqueles a las recetas. Cuando los productos no cuenten con troquel, se adherirá en su reemplazo el código de barras.
 - la receta y su correspondiente ticket de autorización online. La adherencia debe realizarse por todo el largo del ticket y no solo un extremo, para evitar extravíos de documentación.
- No usar abrochadora o cinta adhesiva para adherir recetas, tickets y troqueles.
- Controlar que ninguna receta y/o tickets de autorización online se encuentre doblado.
- Verificar que las enmiendas, sellos, troqueles, datos del afiliado y ticket de validación online estén legibles y sin taparse.
- Enviar la documentación únicamente solicitada
- Acomodar toda la documentación sin que supere el tamaño de una hoja A4 (ancho 21cm – largo 29,7)

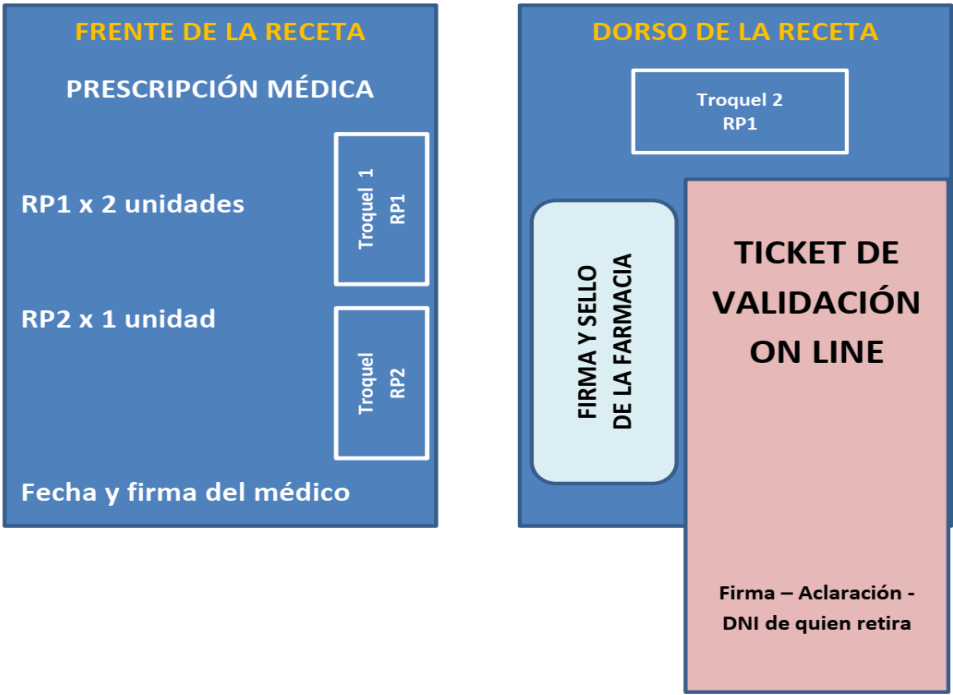
TODO LO QUE NO QUEDE A LA VISTA EN EL SCCANEO SE CONSIDERA QUE NO ESTÁ Y PUEDE GENERAR DÉBITO.

NO HACEN AUDITORÍA FÍSICA DE LAS RECETAS.

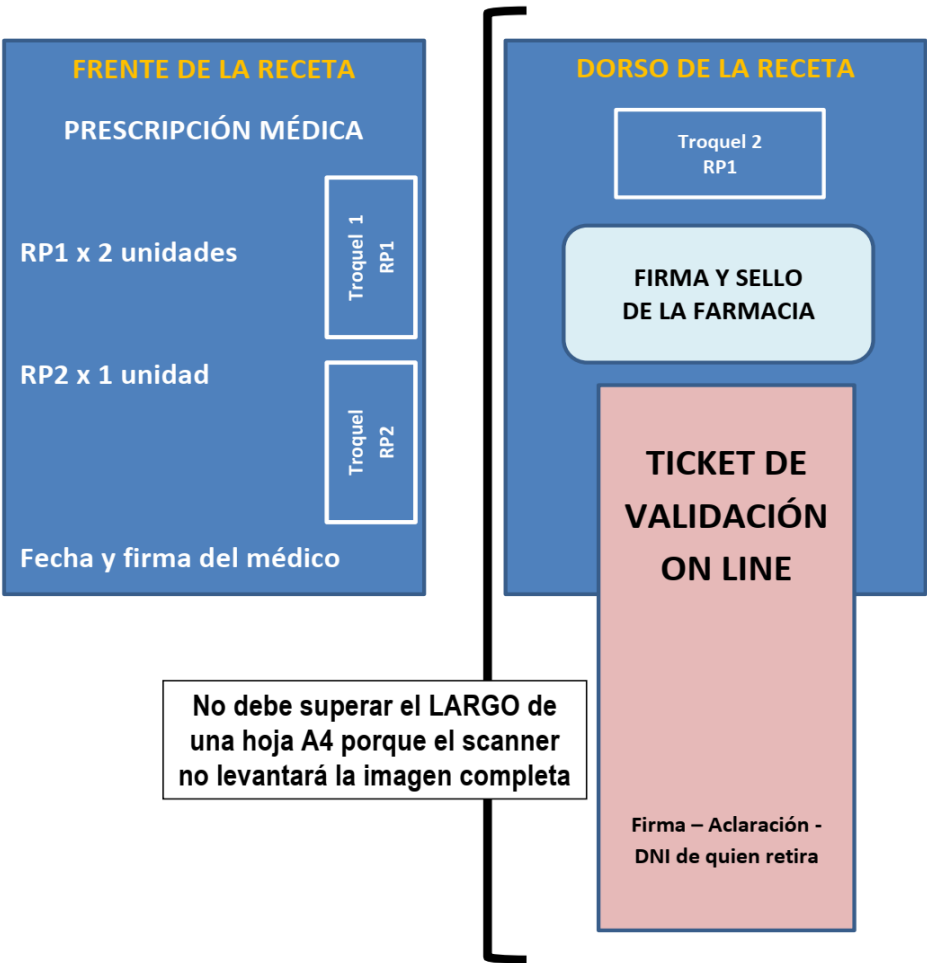
(05/07/2023)

ACONDICIONAMIENTO

CUANDO TODOS LOS TROQUELES NO TIENEN LUGAR EN EL FRENTE DE LA RECETA

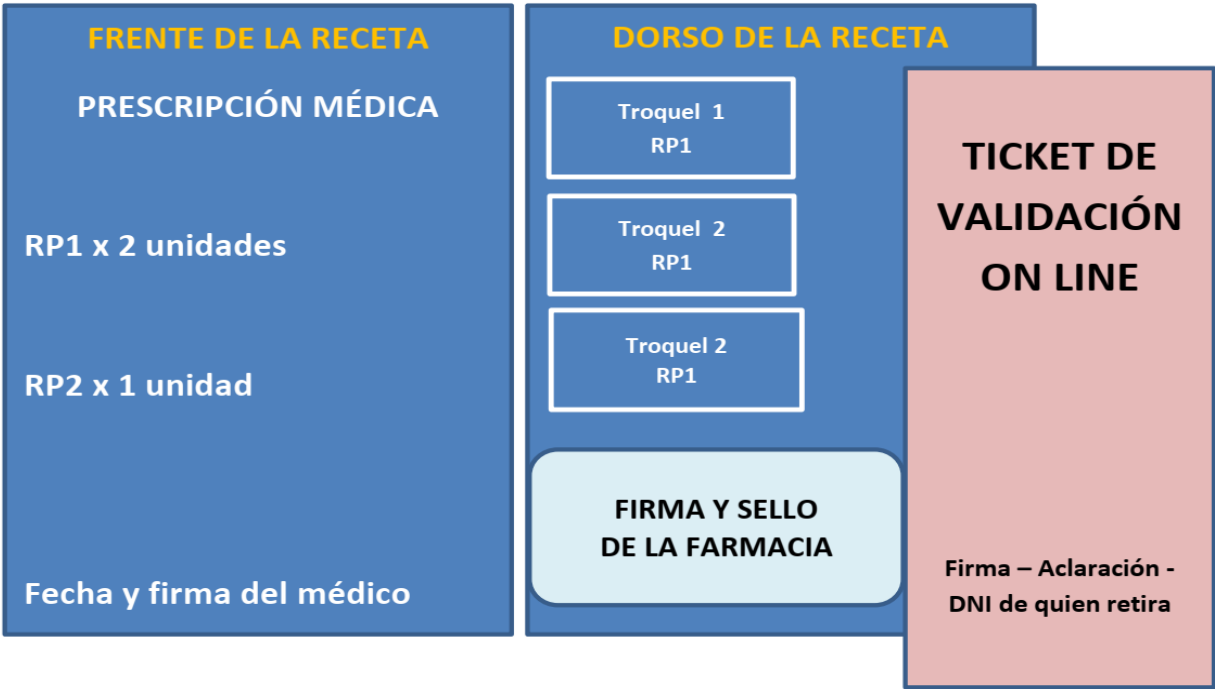


CUANDO TODOS LOS TROQUELES NO TIENEN LUGAR EN EL FRENTE Y EL SELLO DE LA FARMACIA NO ENTRA EN UN COSTADO AL DORSO DE LA RECETA

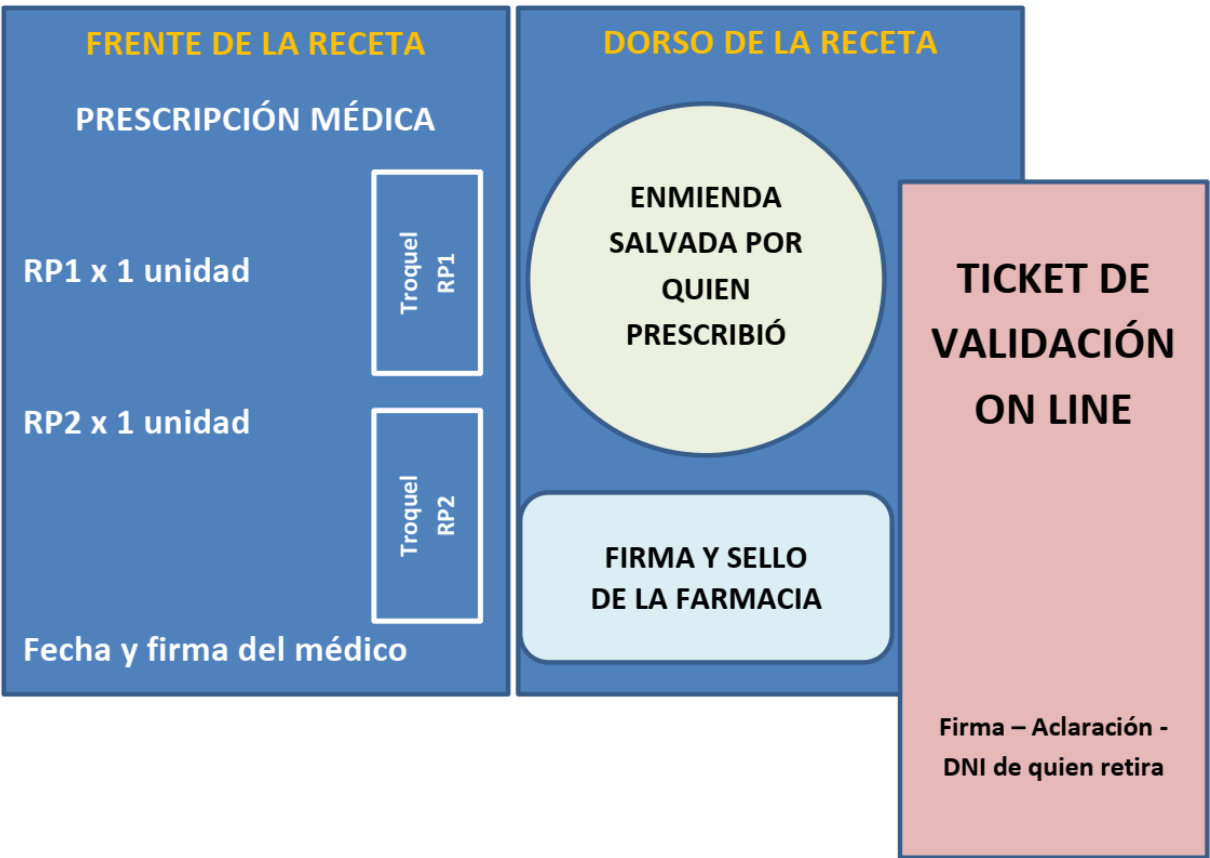


(05/07/2023)

CUANDO LOS TROQUELES NO TIENEN LUGAR EN EL FRENTE DE LA RECETA

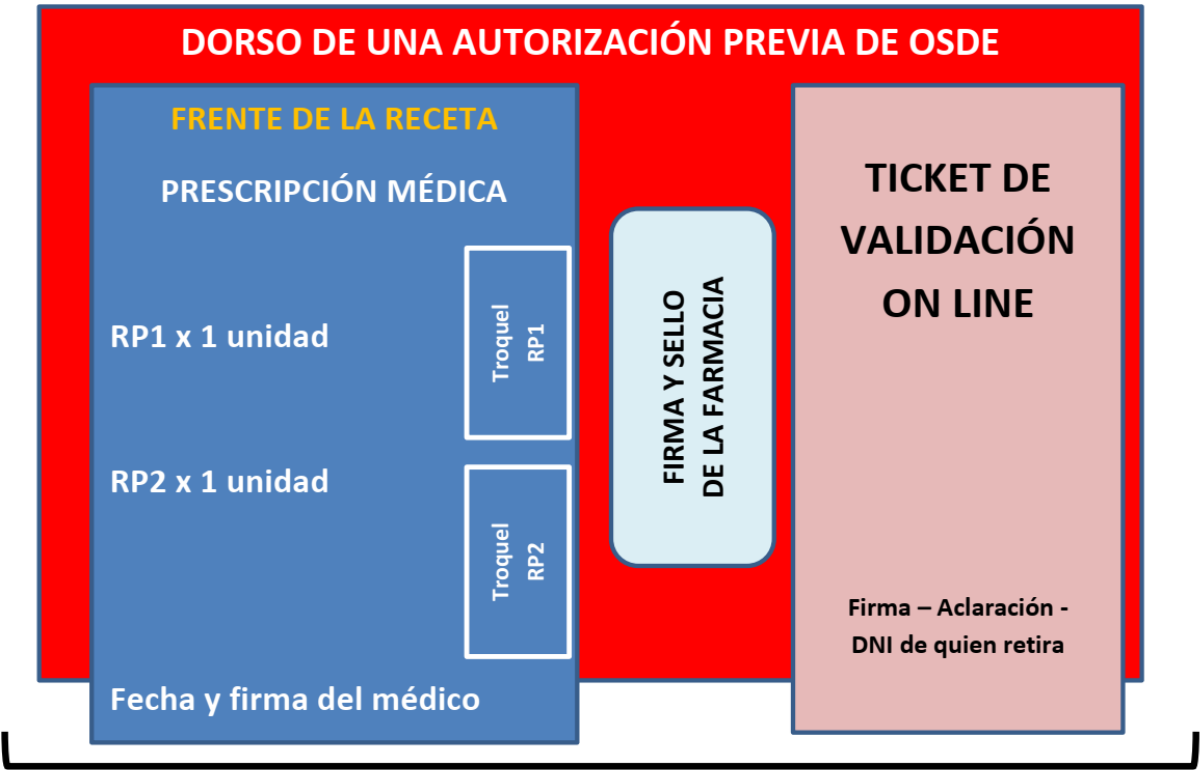


CUANDO EN EL DORSO HAY UNA ENMIENDA SALVADA



(05/07/2023)

CUANDO LA RECETA TIENE UNA AUTORIZACIÓN PREVIA DE OSDE



No debe superar el ANCHO de una hoja A4
porque el scanner no levantará la imagen completa