

(15/09/2019)

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter. (2)	Con Manua l Fco.
Ambulatorio	40% 70% 100% (3)	60% 30% 0%	SI	NO
Plan Materno Infantil (1)	100%	0%	SI	NO
Autorizaciones Especiales (4)	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 (Propio).
- (3) El porcentaje esta indicado en el formulario terapéutico.
- (4) Con autorización previa. En este caso se deberá adjuntar a la receta la autorización de OSCTCP. Esta autorización es un formulario digital con el logo de OSCTCP, especificando número de orden de compra, datos del socio, fecha de autorización, detalle de los medicamentos, cantidades y porcentaje de cobertura de los mismos. Se debe completar con fecha de dispensa, firma y aclaración de quien retira la medicación.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

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

- (A) En la receta debe figurar:
 - a. Fecha de emisión
 - b. Tipo y N° de DNI / N° de beneficiario
 - c. Apellido y nombres del beneficiario
 - d. Detalle de los medicamentos
 - e. Cantidad de envases
 - f. Indicar si es TRATAMIENTO PROLONGADO
- (B) Se deberá adjuntar copia del ticket factura a cada receta.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	2 (a)
--	--------------

- a) NO se cuentan repetidos.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

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

- a) En una misma receta NO pueden coexistir dos o más medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- a) Medicamentos y productos de venta libre.
- b) Medicamentos NO incluidos en el FORMULARIO TERAPÉUTICO

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) Medicamentos INCLUIDOS en el formulario terapéutico
- b) Medicamentos excluidos del formulario terapéutico sólo con AUTORIZACIÓN previa de la Obra Social.
- c) Leches en polvo medicamentosas: Solamente en seguro materno infantil, hasta los tres meses de vida y hasta 4kg. por mes. CON AUTORIZACION DE LA OBRA SOCIAL.
- d) Medicamentos de Uso RESTRINGIDO (Ver formulario terapéutico), Solo se reconocen con AUTORIZACIÓN de 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 salvedad.
- 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. Excepto en los ítems: "Nombre y apellido del beneficiario", "Número de afiliado" y "Fecha de prescripción", que puede estar escrito por la secretaria del profesional).

AFILIACION

Se acredita con CARNET, último recibo o bono de sueldo y documento de identidad.

En casos de afiliados que hayan sido despedidos de sus empleos, podrán gozar de los beneficios de la obra social hasta tres meses después de la fecha de despido.

NOMBRE, APELLIDO Y N° DE AFILIACION

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

Hasta 120 DIAS de la fecha de dispensación

PRESENTACIÓN DE LAS FACTURACIONES

- a) Las recetas deben ser presentadas en lotes POR PLAN, ordenadas por número de receta y cada lote en una bolsa por separado.
- b) Los planes en que se deben separar son
 1. Ambulatorio
 2. Plan Materno Infantil
 3. Autorizaciones Especiales