

(20/12/2023)

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form . Ter. (2)	Con Manua l Fco.
Ambulatorio(3)	40% 50% 70% 100%	60% 50% 30% 0%	SI(2)	NO
Plan Materno Infantil (1)	100%	0%	SI (2)	NO
Anticonceptivos	100% (4)	0%	SI(2)	NO
Autorizaciones Especiales (5)	X	Y	NO	SI

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- (2) Formulario terapéutico OSDOP.
- (3) En caso de que OSDOP reconozca un porcentaje mayor al indicado en vademecum, el afiliado presentará junto a la receta un Formulario F5 donde se indique el porcentaje reconocido.
- (4) Aquellos anticonceptivos que no figuran en el VADEMCUM de OSDOP, deberán venir autorizados mediante Form F5, indicando porcentaje de cobertura.
- (5) Excepcionalmente, la obra social reconocerá medicamentos excluidos del vademécum. Los mismos deberán llevar autorización previa, en formulario F5 de la obra social, el cual deberá adjuntarse a la receta al momento de facturar. El porcentaje de cobertura, está indicado en el sector identificado como "% Cob.". Se indicará en el Formulario el número de receta que el afiliado debe adjuntar al formulario o, si es una receta particular, este formulario dirá "prescripción en receta no OSDOP". Ver más adelante modelo de formulario con ambas posibilidades. En el caso de afiliados crónicos, pueden presentar como prescripción médica la ficha que OSDOP usa para el alta en el padrón de crónicos. Este formulario podrá también autorizar medicamentos en cantidad o porcentaje de cobertura mayor a la establecida en la presente norma de trabajo.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOST ICO	RECETA	VALI - DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENERICO (A-C)	SI (B)	OFICIAL o PARTICUL AR (E)	(D)	SI	Sello: SI Manuscrito: NO

- (A) Ver Ley de Genéricos.
- (B) El médico debe colocarlo en cada renglón (Cuando es el mismo se debe repetir en cada renglón). Se puede colocar de manera literal o según clasificación CIE.
- (C) Al momento de prescribir, el médico deberá colocar:
FORMA FARMACÉUTICA: Se deberá consignar del siguiente modo: amp. (Ampollas); comp. (Comprimidos); Ov. (Óvulos); tab. (Tabletas); Jbe. (Jarabe); sol (solución); Cma. (Crema); Pda. (Pomada); etc.

DOSIS/UNIDAD (Concentración) Es la cantidad de principio activo que tiene cada unidad de toma: mg x comprimido; mg x supositorio; mg x 5 ml; UI x amp. etc.

DOSIS DIARIA: es la cantidad de Unidades por día que debe recibir el paciente (1, 2 ó 3 comp.) o dosis total por toma (Ej. 1000 mg)

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO en días: Se deberá consignar los días de tratamiento. La duración del tratamiento será de hasta 30 DÍAS. Dosis únicas marcará 1 día. En el caso de ANTIINFECCIOSOS de Uso Sistémico y ACICLOVIR del Formulario: 7 (siete) días por receta y por R/P.

La cantidad de envases a dispensar será la que resulte coincidente o próximo, con la cantidad total de unidades calculadas a partir de la dosis diaria y la duración del tratamiento indicados

- (D) Entre la fecha de emisión y la prescripción: 90 días
Desde la prescripción: 15 días.

Sobre fecha de Vencimiento del recetario:

Salvo plan con F5 adjunto, el resto de los planes, no hacer la dispensa si la fecha de vencimiento del recetario ya se cumplió. Para recetas con F5 adjunto, en caso de que el recetario esté vencido, facturar teniendo en cuenta la fecha de carga de la solicitud (Ver modelo de F5 al final de la presente Norma).

- (E) Datos que deben figurar:

- Nombre y apellido del paciente (dato pre impreso)
- Número de afiliado (dato pre impreso)
- Medicamento por principio activo
- Cantidad
- Diagnóstico (en cada renglón)
- Firma y sello con nro. de matrícula y aclaración
- Fecha de prescripción

*Nota: la receta particular se acepta en caso de que venga anexada al formulario 5, el cual debe incluir la leyenda "prescripción en receta no OSDOP". VER MODELO al final de la presente Norma.

LOS ODONTÓLOGOS SÓLO PODRÁN PRESCRIBIR:

- Antibióticos
- Anticariogénicos y tratamientos de llagas y aftas
- Antihemorrágicos
- Antiherpéticos
- Analgésicos (no narcóticos)
- Antiinflamatorios
- Antimicóticos bucales
- Antihistamínicos
- Antieméticos (no setrones)
- Vitaminas o Minerales
- Vacunación antitetánica

MEDICAMENTOS POR RECETAS

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

- a) NO se cuentan repetidos.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

TAMAÑO (a)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	1
SUBSIGUIENTE AL CHICO (b)	1
GRANDE (3º TAMAÑO o más) (b)	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

(20/12/2023)

medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.

- b) Con dosificación y tiempo de tratamiento.

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- a) Medicamentos NO incluidos en el formulario terapéutico de OSDOP

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) Medicamentos incluidos en el respectivo formulario terapéutico .

LEY DE GENÉRICOS

- a) Si se prescribe por nombre genérico (monodroga) se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescrita, que figure en el formulario terapéutico PMO Res 201/02 M.S y tenga igual concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada.

- b) Si se prescribe por nombre genérico seguido de nombre comercial (prescripción por marca), se permite el reemplazo por otros nombres comerciales que figuren en el formulario terapéutico PMO Res 201/02 M.S., siempre que tengan igual: Monodroga, concentración, forma farmacéutica y cantidad y cuyos precios sean iguales o menores al medicamento cuyo nombre comercial se prescribió.

Para tal actividad, el farmacéutico deberá consignar en la receta el consentimiento del destinatario del servicio y/o adquirente, seguido de su firma y sello; y seguido de la fecha, firma –por segunda vez- y sello donde conste su nombre y apellido y número de matrícula profesional.

- c) Si el médico prescribe por nombre comercial precedido del nombre genérico (prescripción por

marca) 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 justificación fundada, bajo el título: “Justificación de la prescripción por marca”, dejando nuevamente asentada su firma y sello (segunda firma). En este caso el medicamento no podrá ser reemplazado.

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 cargo a OSDOP, recetas con enmiendas, raspaduras o agregados con distinta lapicera, sino están salvados expresamente por el profesional prescribiente.

AFILIACIÓN

Se acredita con credencial y DNI del beneficiario.

NOMBRE, APELLIDO Y N° DE AFILIACIÓN

Si fueran ilegibles o poco claros o incompletos o faltasen, 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 60 DIAS de la fecha de dispensación

(26/10/2021)

MODELO DEL FORMULARIO F5
(Orden de Autorización Previa)

Orden de Autorización

Orden de Autorización Previa

OSDOP - Delegación L010 - LA PAMPA

Destino adm. Osdop Medicamentos Continuidad

Tipo de cobertura Farmacia Discapacidad

F5



Solicitud **28188334**

Autorización **066804**

Bono de farmacia Prescripción en receta NO OSDOP

Estado de auditoría Autorizado

Afiliado

Edad

Solicitante

Fecha de solicitud

↑
Receta particular

← La fecha debe coincidir con la de prescripción.

Ciudad

Fecha de carga

Area

Ambulatorio

Fecha provisión

Fecha provisión Anterior 07/09/2020

F5 primario

Detalle de prácticas

Facturar en la receta de acuerdo a ese %

No. cambio	Nomenclador	Práctica	Cantidad	Diaria	Mensual	% cob.	Importe	% cob.	Estado
-	Manual Farmaceutico	5830421 - FREVIA (Budesonida + Formoterol) + 140 J4.5mg Oral Inhal. Susp. x 120 Dosis (Budesonida + Formoterol)	1	2,00	0	100	0	100	Autorizado

Total a cargo de la obra social 0

SUJETO A AUDITORIA POSTERIOR

LEY 25649: Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración. La libertad de prescripción y de dispensa está garantizada por la elección del principio activo y no sobre especialidades de referencia o de marca. (La Ley 25649 de Prescripción por Nombre Genérico que cobró vigencia el 9 de septiembre del año 2002.)

(Compra Farmacia Local)

Fecha de Entrega -

Presupuestos

Efecto **L2077 - COL.FAR.DE LA PAMPA**

Monto presupuestado No Cotiza

(26/10/2021)

Orden de Autorización Previa

OSDOP - Delegación L010 - LA PAMPA

Destino adm. Osóp Medicamentos
 Tipo de cobertura Farmacia Ambulatoria



F5

Solicitud 29016141 **Autorización** 241220

Bono de farmacia 28976388 -  **Receta oficial** **o de** Autorizado
ria

Afiliado **Edad** 26 Años

Solicitante 1914 - RUFFINI MARANGELES **Fecha de solicitud** 13/07/2021

Cle10 E28 **Fecha de carga** 13/07/2021

Area Ambulatorio **Fecha provisión** 14/07/2021

Fecha provisión Anterior 01/01/1900 **FS primario**

Detalle de prácticas

No cambio	Nomenclador	Práctica	Cantidad	Diaria	Mensual	% aut.	Importe	% cob.	Estado
-	Mensual Farmacéutico	5571681 - GLUCOPHAGE XR - LP 500mg Comp. x 30 (metformina)	3	1,00	0	100	0	70	Autorizado

Total a cargo de la obra social 0

SUJETO A AUDITORIA POSTERIOR

LEY 25649: Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración. La libertad de prescripción y de dispensa está garantizada por la elección del principio activo y no sobre especialidades de referencia o de marca. (la Ley 25649 de Prescripción por Nombre Genérico que cobró vigencia el 9 de septiembre del año 2002))

(Compra Farmacia Local) **Fecha de Entrega** -

Presupuestos

Efector L2077 - COL.FAR.DE LA PAMPA **Monto presupuestado** No Cotiza

Observaciones para el efectore -