

01/11/2021)

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter. (2)	Con Manual Fco.
Ambulatorio (Mtos. Incluidos en Form.Ter.)	40% (3)	60%	SI	NO
Ambulatorio (Mtos. excluidos del Form. Ter.)	25%	75%	NO	SI
Plan Materno Infantil (1)	100%	0%	SI	NO
Internados (4)	100%	0%	NO	SI
Plan Crónicos Res. N° 310 – C/AUTORIZACIÓN (5)	70% 100%	30% 0%	SI	NO
Autorizaciones Especiales (6)	X	Y	NO	SI

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- (2) Formulario terapéutico PMOE Res 201/02 M.S.
- (3) Reconoce el 40% del precio de venta al público de cualquier medicamento cuya presentación y nombre comercial se encuentre en el Formulario Terapéutico PMOE Res 201/02 M.S.
- (4) Sólo con autorización de la Obra Social.
- (5) Solo medicamentos de la Resolución N° 310 con esos porcentaje en los recetarios de este plan (Ver recetario). **CON AUTORIZACIÓN.**
- (6) Reconocerá medicamentos excluidos del formulario terapéutico o sin reconocimiento solo si **están autorizados con la leyenda "Autorizado para retirar en farmacia"** y con firma y sello de la obra social y porcentaje de cobertura.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOS TICO	RECETA	VALI- DEZ REC.	TRO- QUE L	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
COMERCIAL o GENERICO (B)	SI (C)	OFICIAL (A)	15 días	SI	Sello: SI Manuscrito: NO

- (A) Se usa los siguientes recetarios de acuerdo al Plan:

- A-1) Ambulatorio e internados: RECETARIO COMÚN (Blanco)
- A-2) Plan Crónicos-Res. N° 310 (70% cob.): **RECETARIO AMARILLO**
- A-3) Plan Crónicos-Res. N° 310 (100% cob.): **RECETARIO ROSA**
- A-4) Plan Materno Infantil (solo para medicamentos): RECETARIO COMÚN (Blanco) con sello que dice: **"PLAN MATERNO INFANTIL – 100% a/c de OSPES"**
- A-5) Plan Materno Infantil (solo para leches, medicamentos especiales, vacunas, etc.): RECETARIO COMÚN (Blanco) con:

- A-5-1) Un sello que dice: **"AUTORIZADO PARA RETIRAR EN FARMACIA"**
- A-5-2) Otro sello que dice: **"PLAN MATERNO INFANTIL – 100% a/c de OSPES"**
- A-5-3) Otro sello redondo de OSPES La Pampa
- A-5-4) Firma del administrativo o auditor de la O:S., y fecha de autorización.

***NOTA:** En ambulatorios se permite receta particular del médico u odontólogo para casos de emergencia y únicamente se dispensarán en **horarios nocturno y en días no hábiles**. En los mismos debe constar todos los datos que se colocan en la receta oficial: Firma del Farmacéutico, sello farmacia, importes (Total, a/c o social, a/c afiliado), firma y aclaración del afiliado, número de afiliado completo, etc.

- (B) Ver Ley de Genéricos.
- (C) Puede poner el Código Internacional de Enfermedad (CIE) Ed. N°10.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

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

- a) NO se cuentan repetidos.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

TAMAÑO (a)	CANTIDAD
CHICO o UNICO (b)	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 medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.
- b) Se podrán dispensar 2 medicamentos de tamaño chico o único cuando el profesional médico haya indicado de su puño y letra la leyenda "Tratamiento Prolongado".

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- a) Accesorios, Instrumental de cirugía y Material descartable.
- b) Anorexígenos y medicamentos antiobesidad. (Ej Xenical, etc).
- c) Anticonceptivos.
- d) Art.de tocador y para estética - Cosméticos dermatológicos.
- e) Formulas magistrales.
- f) Fórmulas o especialidades para limpiar o fijar dentaduras
- g) Herboristería.
- h) Homeopatía.
- i) Jabones y champues (Salvo medicinales recetados p/especialista).
- j) Leches (Enteras).
- k) Material de curación (Alcohol, Agua oxigenada, Gasas, etc.).
- l) Medicamentos antiesterilidad.
- m) Medicamentos para disfunciones eréctiles. Por ej. Citrato de Sildenafil (Ej Sildefil), Alprostadil, etc.
- n) Medicamentos para internación y/o envases hospitalarios, excepto que estén autorizados por OSPES.
- o) Medicamentos y productos de venta libre.
- p) Oncológicos y coadyuvantes.
- q) Pastas, polvos o líquidos dentífricos para la higiene bucal.
- r) Productos antiacné.
- s) Productos antiarrugas y anticelulitis.
- t) Productos anticaspa y antiseborreicos.
- u) Productos de diagnósticos (tiras reactivas, etc).
- v) Productos hormonales de uso en fertilidad.
- w) Productos y alimentos dietéticos y edulcorantes.
- x) Radiopacos.
- y) Vacunas (Excepto antitetánica).

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) Ambulatorio: Medicamentos incluidos en Guía Kairos o Manual Farmacéutico de venta bajo receta. (Ver distintos porcentajes de reconocimiento).
- b) Plan Materno Infantil: Reconoce solo los medicamentos del formulario terapéutico PMOE Res 201/02 M.S.
- c) Solventes inyectables en igual cantidad que los antibióticos inyectables
- d) Sueros
- e) Leches, solo si están previamente autorizadas por la obra social, con un sello que dice "PLAN MATERNO INFANTIL" y con firma y sello de la del auditor o administrativo de la obra social. (Ver recetario)
- f) Medicamentos excluidos del formulario terapéutico o sin reconocimiento solo si están autorizados con la leyenda "Autorizado

01/11/2021)

- para retirar en farmacia” y con firma y sello de la obra social y porcentaje de cobertura.
- g) Vacuna antitetánica.
- h) Medicamento de la Resolución 310, con 70 o 100 de cobertura en los recetarios correspondientes. **CON AUTORIZACIÓN.**

En dichos recetarios no se puede dispensar medicamentos de cobertura del 40%. Estos deben estar dispensados en el recetario común.

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 OSPES, 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).

NOMBRE, APELLIDO Y Nº DE AFILIACION

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.

LEY DE GENERICOS

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

- c) Si se prescribe por nombre comercial (prescripción por marca), se permite el reemplazo por otros nombres comerciales que figuren en el Manual Farmacéutico o 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:

- c-1) El afiliado deberá firmar (por segunda vez) de conformidad el reemplazo.
- c-2) El farmacéutico deberá colocar fecha, firma (por segunda vez) y sello aclaratorio (nombre, apellido y matrícula).

- d) Si el médico prescribe por 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 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.

AFILIACION

Se acredita con CARNET.

MODELOS DE RECETARIOS Vigencia 01-10-2020

 O.S.P.E.S. 2020 12300/8			ORDEN DE FARMACIA N° AF-000005 			
FECHA EMISION	N° BENEFICIARIO	EDAD	CODIGO PROFESIONAL O INSTITUCION		SERIE	RECETA N°
14/09/2020	1	65				
APELLIDO Y NOMBRE		SEXO	FECHA DISPENSACION		CODIGO DE FARMACIA	N° ORDEN
Benvenuto Jose Carlos		M				
MEDICAMENTOS RECETADOS	CANT. NRO.	CANT. LETRA	CANT.	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	OBRA SOCIAL
Rp:						
Rp:						
Rp:						
MATRICULA N°:	FIRMA PROFESIONAL		FIRMA SELLO FARMACEUTICO		TOTAL RECETA:	
DIAGNOSTICO:	Sello, Aclaración y Firma		CERIFICO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS		A CARGO BENEF.:	
QUIEN RETIRA		DNI Y FIRMA CONFORME		ACLARACION Y DOMICILIO		
<input type="radio"/> BENEFICIARIO <input type="radio"/> TERCERO INTERVINIENTE						
ROTULO 1	ROTULO 2	ROTULO 3	ROTULO 4	ROTULO 5	ROTULO 6	
MEDICAMENTOS GENERICOS						

01/11/2021)

ORDEN DE FARMACIA				O.S.P.E.S.		N° 285133 K	
FECHA DE EMISION		NUMERO DE BENEFICIARIO		CAT.	EDAD	CODIGO PROFESIONAL O INSTITUCION	
FECHA DE DISPENSACION		CODIGO DE FARMACIA		SERIE		RECETA N°	
CANTIDAD ENTREGADA		PRECIO UNITARIO		IMPORTE		N° DE ORDEN	
APELLIDO Y NOMBRE		SEXO	M <input type="radio"/>	F <input type="radio"/>	CANTIDAD RECETADA		OBRA SOCIAL
Rp.		NROS.		LETRAS			
Rp.							
Rp.							
N°		FIRMA PROFESIONAL		Certifico entrega de los medicamentos facturados		TOTAL RECETA	
DIAGNOSTICO		SELLO ACLARACION FIRMA MATRICULA		SELLO FIRMA FARMACEUTICO		A CARGO BENEF.	
						A CARGO O. SOCIAL	
ROTULO 1		ROTULO 2		ROTULO 3		ROTULO 4	
				BENEFICIARIO <input type="radio"/> TERCERO INTERVINIENTE <input type="radio"/>			
				TIPO N°			
				FIRMA CONFORME			
				(ACLARACION Y DOMICILIO)			