

## OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE IMPRENTA, DIARIOS Y AFINES

(06-10-2022)

**BONIFICACIÓN A CARGO DE LA FARMACIA:**

Es el 5% sobre el total de la receta (Es decir sobre 100% de la receta). Esta bonificación será debitada al momento que la obra social abone la prestación.

**PLANES Y DESCUENTOS**

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter. (3)	Con Manu al Fco.
Ambulatorio Tipo "A" (2) Prescripción por genérico	40%	60%	SI	NO
Monotributistas (2) Prescripción por genérico	40%	60%	SI	NO
Servicio Doméstico (2) Prescripción por genérico	40%	60%	SI	NO
Ambulatorio Tipo "B" (2) Prescripción por genérico	50%	50%	SI	NO
Ambulatorio Tipo "C" - (2) Prescripto p/nombre genérico	80%	20%	SI	NO
Ambulatorio Tipo "C" - (2) Prescripto p/nombre comercial	30%	70%	NO	SI
Plan Mat. Infantil Tipo "A y B" (1-2) Prescripción por genérico	100%	0%	SI	NO
Plan Mat. Infantil Tipo "C" Prescripto p/nombre genérico (1-2)	100%	0%	SI	NO
Plan Mat. Infantil Tipo "C" Prescripto p/nombre comercial (1-2)	30%	70%	NO	SI
Oncológicos y Tratamientos Especiales (4)	100%	0%	SI	NO

- Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- Ver reconocimientos en el items "PRODUCTOS RECONOCIDOS"
- Formulario terapéutico de la OBRA SOCIAL. Tiene uno para ambulatorio y otro para oncología y patologías especiales.
- Requiere autorización previa. Con VADEMECUM que contiene un Monto Fijo de cobertura.

**RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL**

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOST ICO	RECETA	VALI - DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
COMERCIAL O GENERICO	NO	OFICIAL (a)	(b)	SI	Sello: SI Manuscrito: SI

- Plan "A": Recetario Amarillo.  
Plan "B": Recetario Celeste.  
Plan "C": Recetario Verde
- Plan Oncológicos y tratamientos Especiales: 10 días  
Resto de los planes: 30 días.  
  
Recetas que posean sello con la leyenda "VALIDO PARA ATENCIÓN EN SALUD PÚBLICA", no deben dispensarse esos medicamentos del stock propio de la farmacia. Lo provee Salud Pública.

**MEDICAMENTOS POR RECETAS**

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

- NO se cuentan repetidos.

**UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO**

TAMAÑO (a)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	2
SUBSIGUIENTE AL CHICO	1
GRANDE (3º TAMAÑO o más)	1
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	1

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

**PRODUCTOS NO RECONOCIDOS**

- Medicamentos de venta libre.
- Productos de venta libre: Alimentos, Sales dieteticas o sin sal, Edulcorantes, Etc.
- Anticonceptivos.
- Anorexígenos y/o Mtos. antiobesidad (Ej.: Xenical, etc.).
- Leches
- Material descartable y accesorios.
- Cintas reactivas y reactivos para diabetes.
- Anestésicos en general. Ej Pentothal-Fluorthane-Xylocaina-Etc.
- Solventes indoloros.
- Fibrinógeno-Plasma- Factores antihemofílicos
- Productos Homeopáticas.
- Fórmulas magistrales alopáticas.
- Pastas o líquidos dentífricos para la higiene bucal.
- Jabones y champúes (salvo medicinales recetados por especialista).
- Material de curación (Alcohol, Agua oxigenada, Gasas,etc)
- Varios : BGOVIT(todos), BODYMANAN, BONAMIL POLVO, COLSALT, ENSURE PLUS, DERMAGLOS, GLUCOYOR, HIPOGLOS, KAS 1000, NUTRADERM, NUTRALCON, PROTEIGENO, REDICRESS, REGUDIG, SECALBUM, Y SUSTAGEN-M.
- Medicamentos para disfunciones erectiles. P/ej. SILDENAFIL, etc.

**PRODUCTOS RECONOCIDOS**

- Ambulatorios Tipo "A y B" y Plan Materno Infantil Tipo "A y B": Solo reconoce los medicamentos del formulario terapéutico de OSPIDA, excepto los productos y medicamentos que figuran en el ítem "Productos No Reconocidos".
- Ambulatorios Tipo "C", Plan Materno Infantil Tipo "C" e Internados: Medicamentos de venta bajo receta que estén incluidos en Manual Farmacéutico o en Guía Kairos, con distintos reconocimiento (Ver aparte).
- Medicamentos que solo se pueden dispensar con PREVIA AUTORIZACION de OSPIDA con FIRMA Y SELLO que indique porcentaje de cobertura (independientemente del plan):
  - Medicamentos cuyo precio unitario sea superior a \$3.000.- (pesos tres mil

(06-10-2022)

- c-2) Material Radiológico.
- c-3) Albuminas
- c-4) Medicamentos para alimentación parenteral. P/ej: AMINOACIDOS ABBOTT 7% y 10%, LIPIDOS ABBOTT 10% y 20%, INTRALIP, etc.
- c-5) Los medicamentos que contengan las siguientes monodrogas o asociaciones de monodrogas:

ALENDRONATO  
 AMOXICILINA + CLAVULÁNICO,ÁC.  
 AMOXICILINA + SULBACTAM  
 ATORVASTATINA  
 AZITROMICINA  
 CALCITONINA  
 CARBOMER  
 CEFTRIAXONA  
 CICLOFOSFAMIDA  
 CIPROFLOXACINA  
 DESMOPRESINA  
 FINASTERIDE  
 FLUCONAZOL  
 ITRACONAZOL  
 LANSOPRAZOL  
 LOSARTÁN  
 MEROPENEM  
 METOTREXATO  
 MONTELUKAST  
 MORFINA SULFATO  
 MORFINA CLORHIDRATO  
 PENICILAMINA  
 PAROXETINA  
 PILOCARPINA + TIMOL  
 PSYLLIUM FIBRAS  
 SOMATOTROPINA  
 TRAMADOL  
 TROXERRUTINA  
 VITAMINA A (Uso Dérmico)

#### FORMULARIO TERAPEUTICO

El formulario terapéutico de OSPIDA, se hará con las monodrogas establecidas por la obra social y los correspondientes nombres comerciales de estas, que incluyan la presentación más barata y aquellas que no superen el 25 % del valor de esta, para presentaciones iguales.

A los efectos de establecer las presentaciones de menor valor, serán tenidos en cuenta los laboratorios y/o presentaciones de medicamentos que se comercialicen en forma regular y en la totalidad del territorio provincial que alcanza este convenio.

El formulario terapéutico se actualizará cada tres meses, los días 20 o hábil posterior del tercer mes del trimestre y dicha actualización regirá para el trimestre siguiente.

#### 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 de OSPIDA y tenga igual

concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada.

- b) Si se prescribe por nombre comercial, se permite el reemplazo por otros nombres comerciales que tengan igual: Monodroga, concentración, forma farmacéutica, cantidad y cuyos precios sean iguales o menores al medicamento cuyo nombre comercial se prescribió.
- c) Si el médico prescribe por nombre comercial y estima que no cabe reemplazar el medicamento denominado por marca debe agregar la leyenda "NO SE SUSTITUYA".

#### 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).

#### AFILIACIÓN

Se acredita con CARNET y documento de identidad.

#### 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 90 DIAS de la fecha de dispensación

#### PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN

Se hace agrupando las recetas por PLAN; a saber:

- a) Lote Plan AMBULATORIOS TIPO "A"
- b) Lote Plan AMBULATORIOS TIPO "B"

(06-10-2022)

- c) Lote Plan AMBULATORIOS TIPO "C"
- d) Lote Plan PLAN MATERNO INFANTIL TIPO "A"
- e) Lote Plan PLAN MATERNO INFANTIL TIPO "B"
- f) Lote Plan PLAN MATERNO INFANTIL TIPO "C"
- g) Lote Plan ONCOLOGICOS y TRATAM. ESPEC.
- h) Lote Plan MONOTRIBUTISTAS.
- i) Lote Plan SERVICIO DOMESTICO.
- j) Refacturadas

(06-10-2022)