

(02/02/2023)

**PLANES Y DESCUENTOS**

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	C/For m Ter.	Con Manu al Fco.
Ambulatorio	40%	60%	SI (2)	NO
Plan Materno Infantil (1-5)	100%	0%	SI (3)	SI
Cobertura 70% (4)	70%	30%	SI (3)	NO
Autorizaciones Especiales (4)	100%	0%	NO	NO

- (1) Cubre embarazo desde la semana 14 de gestación, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- (2) Formulario terapéutico OSPLAD. Cubre SOLO los medicamentos incluidos en la columna "Cobertura Ambulatoria" del vademécum.
- (3) Formulario terapéutico OSPLAD. Cubre SOLO los medicamentos que están incluidos en el vademécum en la columna "AUTORIZADO".
- (4) Con Autorización Previa de Auditoría Médica o del Consejo Local de OSPLAD.
- (5) Con autorización previa de los médicos auditores de OSPLAD.

**RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL**

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOST ICO	RECETA	VALI - DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
COMERCIAL o GENERICO (A)	SI	OFICIAL (B) o PARTICUL AR (C)	15 días	SI	Sello: SI Manuscrito: NO

- Ver Ley de Genéricos.
- Código de Farmacia: En el casillero correspondiente al código de Farmacia, se deben colocar los últimos nueve dígitos del CUIT de la farmacia.  
Por Ejemplo, si el CUIT es 27-12345678-9, en este casillero se debe colocar 12345678-9.
- RECETARIO PARTICULAR del profesional y/o Institución. No se aceptan recetarios sin membrete o de publicidad de medicamentos. También son válidos los recetarios con prescripción preimpresa siempre y cuando cuenten con firma y sello en original del médico prescriptor.

Deberán constar los datos del afiliado: nombre; apellido y obras social y número de afiliado, diagnóstico (no obligatorio), fecha, prescripción de medicamentos, cantidad en números arábigos y/o aclarándolos en letras, firma y sello aclaratorio (todos sus datos legibles).

**MEDICAMENTOS POR RECETAS**

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

- NO se cuentan repetidos.

**UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO**

TAMAÑO (a)	CANTIDAD
CHICO o UNICO (b)	2
SUBSIGUIENTE AL CHICO (b)	1
GRANDE (3º TAMAÑO o más) (b)	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.
- Debe llevar la leyenda "Tratamiento Prolongado" cuando se prescriban 2 envases de tamaño chico ó único o envases de tamaño mayor al chico.

**PRODUCTOS NO RECONOCIDOS**

- Medicamentos NO incluidos en el form. Ter. de OSPLAD
- Medicamentos sin troquel.
- Leches enteras y maternizadas.
- Oncológicos y coadyuvantes.
- Medicamentos y productos de venta libre.

**PRODUCTOS RECONOCIDOS**

- En ambulatorios, cubre SOLO los medicamentos incluidos en la columna "Cobertura Ambulatoria" del vademécum.
- En Plan Materno Infantil, lo autorizado por los Auditores Médicos de OSPLAD.
- Leches medicamentosas con autorización de la Gerencia Médica Asistencial.
- Medicamentos autorizados por Auditoría Médica o por el Consejo Local de OSPLAD, con indicación del porcentaje de cobertura.

**ENMIENDAS**

- 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.
  - 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 OSPLAD, recetas con enmiendas, raspaduras o agregados con distinta lapicera, sino están salvados expresamente por el profesional prescribiente.

**AFILIACIÓN**

Se acredita con CARNET Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y ULTIMO RECIBO DE SUELDO donde conste el descuento para la obra social.

**LEY DE GENÉRICOS**

- Si se prescribe por nombre genérico (monodroga) se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescrita, que figure en el formulario terapéutico OSPLAD y tenga igual concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada.
- 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 OSPLAD, 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, que no constituye sustitución de medicamentos, el farmacéutico deberá consignar en la receta el consentimiento del destinatario del servicio y/o adquirente, con relación al medicamento expendido, seguido de su firma y sello, por segunda vez, y fecha de dispensa.

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

(02/02/2023)

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.

**PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS**

Se pueden presentar hasta 60 DIAS de la fecha de dispensación.

**PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN**

La presentación se hace por porcentaje de cobertura a saber:

1. Ambulatorio
2. Plan Materno Infantil
3. Cobertura 70%
4. Autorizaciones especiales

Dentro de cada lote (contienen 50 recetas), las recetas se deberán numerar correlativamente de acuerdo a la fecha de dispensación.

**MODELO DE RECETARIO**

		Receta Nro.	0203-000004 A					
		Codigo Obra Social	0-0110-2					
0269-		255						
Afiliado		Domicilio -----						
Nro. Doc.	DNI							
C.U.I.L.	27							
Sexo	Femenino	Tipo	Activo	TITULAR 00001				
Edad	49	CUIL Titular	27-16292752-9					
Fecha Prescripción	Diagnóstico(a)			Fecha de dispensación				
Pauta terapeutica completa								
Medicamento		Presentación	Durac. Tratam	Cant. recetada		Precio Unidad	Precio Total	
Nombre generico	Forma farmacéutica			Nros	Letras			
Rp								
Rp								
TOTAL								
Firma Profesional						A CARGO AF.		
Sello aclaración firma y matricula						A CARGO O.S.		
<b>TROQUELES</b>								
Rotulo 1	Rotulo 2	Rotulo 3	Rotulo 4	Rotulo 5	Rotulo 6	Rotulo 7	Rotulo 8	Rotulo 9
CERTIFICO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS						DATOS A COMPLETAR POR QUIEN RETIRA		
Firma y sello del Farmacéutico						Beneficiario	[ ] [ ]	
Cajero Scaldasferri Monica						Tercero Interviniente		
Operador Scaldasferri Monica						Firma conforme	-----	
Codigo Control 079122056214						Aclaración	-----	
						Tipo y N° Documento	-----	
						Domicilio	-----	
						Teléfono	-----	
Observaciones: Esta receta tiene validez de 15 días a partir de la fecha de prescripción								