

**(19/06/2024)**

**BONIFICACIÓN**

Se hará una bonificación del 5,5% sobre el total de la receta dispensada.

**VALIDACIÓN ON LINE DE RECETAS**

**En todos los planes, las recetas deberán llevar AUTORIZACIÓN On Line, incluso si el producto requiere autorización previa de la Obra Social.**

El número de afiliado es el del documento que consta en la credencial: Ej DU 47148205 Cargar 47148205.

**PLANES Y DESCUENTOS**

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
Plan General	<b>Según validac ión on line</b>	<b>X (1)</b>	<b>SI (2)</b>	<b>NO</b>

- (1) X= PVP- según lo validado on line  
(2) Formulario terapéutico de la Obra Social.

Para Autorizaciones Especiales, es válido el **formulario que más adelante se anexa**. Las recetas que requieran autorización, deben estar acompañadas de ese formulario. Verificar que los datos del afiliado que figuren en la autorización sean los mismos que contiene la receta física, como así también la fecha de prescripción.

Las recetas que cuenten con esa Autorización Especial también deben validarse.

Si en el formulario de autorización figura "Retirar en Farmacia MEOPP", no dispensar y el afiliado solicitará uno nuevo en la Obra Social.

En las recetas del Plan infantil, se reconoce el 100% hasta el 3er año de vida del bebé, y según validación on line.

**RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL**

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOST ICO	RECETA	VALI - DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
<b>GENERICO (C)</b>	<b>NO</b>	<b>PARTICU - LAR (A-B)</b>	<b>30 días</b>	<b>SI</b>	Sello: <b>SI</b> Manuscrito: <b>NO</b>

(A) En la receta deberán constar los datos filiatorios del afiliado: nombre y número de dni.

(B) Recetario particular donde consten los datos del beneficiario. Se aceptan recetas emitidas de forma impresa (por computadora), siendo obligatorio que el profesional que prescribe coloque, de su puño y letra, fecha de prescripción, y sello y firma.

(C) Puede sugerir entre paréntesis un nombre comercial.

**MEDICAMENTOS POR RECETAS**

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	<b>3</b>
--	----------

**UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO**

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

**PRODUCTOS NO RECONOCIDOS**

Todo producto fuera del respectivo vademécum y que tampoco esté autorizado.

**PRODUCTOS RECONOCIDOS**

Siempre que cuenten con la autorización previa de la obra social:

- Productos para la alimentación parenteral.
- Alimentos y complementos dietéticos.
- Leches especiales.
- Medicamentos para la esterilidad.
- Recetas cuyo monto total sea superior al tope por receta informado por el validador.
- Vacunas que no están en el calendario oficial.
- Productos dermatológicos de uso crónico recetados por dermatólogo (ej. para tratamiento de acné o micosis).
- Campaña de vacunación antigripal: según cobertura de validación on line.
- Plan materno durante el embarazo la cobertura será del 100% para únicamente medicamentos inherentes al embarazo.

**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 salvada.

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.

**AFILIACIÓN**

Se acredita con Credencial OSPEPRI y DNI.

**NOMBRE, APELLIDO Y N° DE AFILIACIÓN**

**Si fueran ilegibles o poco claros o incompletos o faltase, el médico deberá salvar la receta con los datos correctos que obren en el carnet o credencial del afiliado.**

**PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS**

Se pueden presentar hasta 120 DIAS de la fecha de dispensación

**MODELO DE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

OSPEPRI  
PETROLEROS PRIVADOS

(19/06/2024)

**Autorización de Medicamentos**

**ID GLPI: 123456**



Nombre y apellido:	Afiliado NN
Nro. de Afiliado:	XX.XXX.XXX
Fecha de prescripción:	17/09/2021
Plan:	SMO

Medicamento	Presentación	Cantidad autorizada	Porcentaje de cobertura		
			Obra Social	Mutual	Total
Ibuprofeno 400mg	comp x 20	1	40%	40%	<b>80%</b>
Enalapril 10mg	comp x 30	1	70%	10%	<b>80%</b>
Paracetamol + asoc.	jbe x 100ml	1	0%	80%	<b>80%</b>

A retirar por farmacia:	Externa		
Médico Auditor:	Natalia Aguirre	Matrícula:	6128