

(31/07/2024)

**BONIFICACIÓN**

En Diabetes, se hará una bonificación del 10% sobre el precio de venta al público (PVP) de insulinas, tiras e hipoglucemiantes.

**VALIDACIÓN ON LINE DE RECETAS**

Las recetas de todos los planes deberán llevar **AUTORIZACIÓN On Line.**

Para obtener la autorización On Line, se deberá seguir el instructivo correspondiente (Ver Guía de Validación CSF).

**PLANES Y DESCUENTOS**

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
Básico/Gama+Fondo Compensador	40%	60%	SI (2)	NO
Básico/Gama/Intermedio Krono	40% 50%	60% 50%	SI (2)	NO
Fondo compensador (ver Norma 124)(5)	20%			
Plan Materno Infantil (1)	100%	0%	SI (2)	NO
Anticonceptivos	40% 50% 100%	60% 50% 0%	SI (2)	NO
Patologías Crónicas, Hipoglucemiantes Orales, Insulinas y Tiras reactivas	MF(3) 70% 100%	D (3) 30% 0%	SI (2)	NO
Autorizaciones Especiales (4)	X	Y	NO	Si
Leches (6)	100%	0%	NO	Si
Superior Quantum	50%	50%	SI (2)	NO
Superior+Fondo compensador	50%	50%	SI (2)	NO

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- (2) Formulario terapéutico de OSTEL.
- (3) Pvp= Precio de Venta al Público  
MF= Monto fijo indicado en el vademécum  
D= PVP-MF
- (4) La prescripción deberá estar previamente autorizada por alguna de las personas habilitadas para hacerlo (ver listado más adelante), con firma y sello, ya sea en la receta o bien vía fax. La autorización debe acompañar la prescripción original correspondiente.
- (5) Se aplica en forma adicional al descuento general (40% o 50%) de los afiliados identificados con la sigla FC en el Padrón de Habilitados. No es válido para la cobertura de pacientes con patologías crónicas, PMI, ni ninguna otra cobertura distinta a la general. El sistema de validación calcula automáticamente el descuento adicional.
- (6) Para afiliados menores de 6 meses. Previo reempadronamiento.

**RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL**

PRESCRIPCIÓN Por nombre	DIAGNOSTICO	RECETA	VALIDACIÓN - DEZ REC.	TROQUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENÉRICO (D)	NO	PARTICULAR, ELECTRÓNICA O DIGITAL (A-B-E-F-G)	60 días	SI (C)	Sello: SI Manuscrito: NO

- A) Deben figurar de puño y letra del médico:
  - A-1) Nombre de la Entidad (OSTEL), en recetas particulares.
  - A-2) Nombre y apellido del paciente.
  - A-3) Número de afiliado
  - A-4) Medicamentos recetados por principio activo.
  - A-5) Cantidad de medicamentos prescritos (cuando se prescriba más de uno, deberá aclararse en letras)
  - A-6) Firma y sello del médico, con número de matrícula y aclaración.
  - A-7) Fecha de prescripción.
- B) Colocar en el frente de la receta:
  - B-1) El número de orden por fecha de dispensación
  - B-2) El código de autorización si correspondiere.
- C) Los troques se deben colocar en el mismo orden de prescripción, adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva)
- D) Indicando marca sugerida incluida en vademécum.
- E) No son válidos aquellos recetas que carecen de numeración.
- F) Recetas electrónicas que contengan código de barra, QR, etc. Con firma y sello digital del médico. El afiliado debe llevar la receta impresa y la farmacia cargar todos los datos correspondientes al momento de ingresar para validar.
- G) Recetas con prescripción pre impresa total o parcial, sin código de barras o QR, pero sí con el sello y la firma del médico en original.

**MEDICAMENTOS POR RECETAS**

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

- A) NO se cuentan repetidos.

**UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO**

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

- a) En una misma receta pueden coexistir dos o más medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.
- b) Debe llevar la leyenda: "TRATAMIENTO PROLONGADO", de puño y letra del médico, cuando se prescriban dos (2) unidades por medicamento de tamaño chico o uno (1) de tamaño subsiguiente al chico o grande. No se acepta la abreviatura: "T.P."
- c) El menor número posible de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas. Por ejemplo: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expendirse 3 (tres) envases = 6 (seis) ampollas.

**PRODUCTOS NO RECONOCIDOS**

- a) Medicamentos excluidos de vademécum.
- b) Leches maternizadas.

**PRODUCTOS RECONOCIDOS**

- a) Medicamentos que figuren en el vademecum OSTEL y que figuren con expresa cobertura en cada plan.
- b) Leches medicamentosas: cobertura según validación ON LINE.

**(31/07/2024)**

- c) Anticonceptivos: cobertura según validación ON LINE.
- d) Vacunas antigripales al 100% con autorización previa, sino, tendrán el descuento indicado en vademécum.
- e) Recetas autorizadas al 100%, deberán contar sin excepción con la firma y sello de alguna de las siguientes personas:

**PERSONAS HABILITADAS PARA REALIZAR AUTORIZACIONES ESPECIALES**

- Dra. ABATI, Nancy (MN 72.278)
- Srta. BORJA, Elizabeth
- Dr. BROCHERO, Gabriel
- Dra. CASADELLA, Mónica
- Dra. SCHIANCHI, Andrea (MN 88.568)

En el caso de carecer de autorización o haberla hecha otra persona, carecen de cobertura

Para las autorizaciones especiales OSTEL puede usar un Formulario de Autorización (ver modelo aparte) que posee membrete de la obra social. Incluye datos del beneficiario, productos, cantidad y descuento autorizado. Asimismo debe acompañarse con la prescripción original y figurar como autorizante alguna de las personas mencionadas arriba.

Las recetas que estén autorizadas por personas distintas a las enunciadas aquí, serán debitadas.

**ENMIENDAS**

Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción deben estar salvadas por el profesional con su firma y sello, o bien por cualquiera de los médicos auditores de OSTEL, detallados en esta Norma.

Cuando en una receta el número de afiliado sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia debe repetirlo al dorso, en forma clara y correcta, indicando junto al número consignado por el prescriptor la frase "ver al dorso". El afiliado debe firmar nuevamente en prueba de conformidad.

**AFILIACIÓN**

Se acredita con credencial definitiva o provisoria y documento de identidad.

En el caso de que se utilice credencial provisoria, verificar fecha de vencimiento y se debe adjuntar copia de la misma a la receta.

*Las constancias de afiliación no son válidas para la cobertura farmacéutica.*

**PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN**

La farmacia deberá adjuntar obligatoriamente a la receta el ticket de validación on line. Por lo contrario, OSTEL debitará dichas recetas.

Las recetas de los planes que se validan On Line, deberán presentarse de acuerdo a lo indicado en la Guía de Validación on Line Respectiva.

El resto de las recetas, es decir las que no se validan on line, se deben presentar en un único plan mixto, es decir sin separarlas por porcentaje de descuento, colocando a cada receta el número de orden por fecha de dispensación. El porcentaje de descuento aplicado a cada medicamento debe figurar en el ticket de venta o bien agregado junto a la prescripción en forma manuscrita.

**MODELO DE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

**ENSALUD**  
PLANES INTEGRADOS DE SALUD

Detalle de la Solicitud 518481

Obra Social	Afinidad	Zona	Plan	RD Opcil
				0

Extra Capita	NO	
Afiliado	DOMICILIO:	

Recetario	Fecha Receta:	Fecha Solicitud:
	Fecha Internación:	
	Derivante:	

Sede EFECTOR	Domicilio:	Tel:
	Localidad: -	

DIAGNOSTICOS (CIE10)	
Codigo	Descripción

PRACTICAS		
Codigo	Descripción	Solicitado Autoriz

Observación

Esta autorización CARECERÁ de valor y las prestaciones NO SERÁN ABONADAS si la TOTALIDAD DE LOS DAÑOS CONSIGNADOS no conciben con la orden médica original. Asimismo se le recuerda que a ítems ingresados se le adicionará 660998 (Recepción y toma de muestra) y descartable) cuando corresponda.