

(16/01/2025)

**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) PARTICUL AR (C) o ELECTRÓN ICA (D)	15 días	SI	Sello: SI Manuscrito: NO

- (A) Ver Ley de Genéricos.
- (B) 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.
- (C) 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).

- (D) El afiliado debe traerla impresa, y la farmacia cargar todos los campos al momento de facturar, y presentarla también impresa para su liquidación final.

**MEDICAMENTOS POR RECETAS**

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

- a) NO se cuentan repetidos.

**UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO**

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

- a) 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.
- b) 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**

- a) Medicamentos NO incluidos en el form. Ter. de OSPLAD
- b) Medicamentos sin troquel.
- c) Leches enteras y maternizadas.
- d) Oncológicos y coadyuvantes.
- e) Medicamentos y productos de venta libre.

**PRODUCTOS RECONOCIDOS**

- a) En ambulatorios, cubre SOLO los medicamentos incluidos en la columna "Cobertura Ambulatoria" del vademécum.
- b) En Plan Materno Infantil, lo autorizado por los Auditores Médicos de OSPLAD.

**(16/01/2025)**

- c) Leches medicamentosas con autorización de la Gerencia Médica Asistencial.
- d) Medicamentos autorizados por Auditoría Médica o por el Consejo Local de OSPLAD, con indicación del porcentaje de cobertura.

**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 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**

- 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 OSPLAD y tenga igual concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada.
- b) 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 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.

(16/01/2025)

MODELO DE RECETARIO OFICIAL

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