

(28/05/2025)

## PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter. (2)	Con Manu al Fco.
Ambulatorio (Mtos. Incluidos en Form. Ter.)	40% (3)	60%	SI	NO
Ambulatorio (Mtos. excluidos del Form. Ter.)	25%	75%	NO	SI
Plan Materno Infantil (1)	100%	0%	SI	NO
Internados (4)	100%	0%	NO	SI
Plan Crónicos Res. N° 310 – C/AUTORIZACIÓN (5)	70% 100%	30% 0%	SI	NO
Autorizaciones Especiales (6)	X	Y	NO	SI

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- (2) Formulario terapéutico PMOE Res 201/02 M.S.
- (3) Reconoce el 40% del precio de venta al público de cualquier medicamento cuya presentación y nombre comercial se encuentre en el Formulario Terapéutico PMOE Res 201/02 M.S.
- (4) Sólo con autorización de la Obra Social.
- (5) Solo medicamentos de la Resolución N° 310 con esos porcentajes en los recetarios de este plan (Ver recetario). **CON AUTORIZACIÓN.**
- (6) Reconocerá medicamentos excluidos del formulario terapéutico o sin reconocimiento solo si están autorizados con la leyenda "Autorizado para retirar en farmacia" y con firma y sello de la obra social y porcentaje 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 (B)	SI (C)	OFICIAL (A)	15 días	SI	Sello: SI Manuscrito: NO

- (A) Se usa los siguientes recetarios de acuerdo al Plan:

A-1) Ambulatorio e internados: RECETARIO OFICIAL (Blanco). Para internados sello que dice "PACIENTE INTERNADO".

A-2) Plan Crónicos-Res. N° 310 (70% cob.): RECETARIO AMARILLO

A-3) Plan Crónicos-Res. N° 310 (100% cob.): RECETARIO ROSA

A-4) Plan Materno Infantil (solo para medicamentos): RECETARIO OFICIAL (Blanco) con sello que dice: "PLAN MATERNO INFANTIL – 100% a/c de OSPES"

A-5) Plan Materno Infantil (solo para leches, medicamentos especiales, vacunas, etc.): RECETARIO OFICIAL (Blanco) con:

A-5-1) Un sello que dice: "AUTORIZADO PARA RETIRAR EN FARMACIA"

A-5-2) Otro sello que dice: "PLAN MATERNO INFANTIL – 100% a/c de OSPES"

A-5-3) Otro sello redondo de OSPES La Pampa

A-5-4) Firma del delegado o auditor de la O.S., y fecha de autorización.

**\*NOTA:** En ambulatorios se permite receta particular del médico u odontólogo para casos de emergencia y únicamente se dispensarán en horarios nocturnos y en días no hábiles. En los mismos debe constar todos los datos que se colocan en la receta oficial: Firma del Farmacéutico, sello farmacia, importes (Total, a/c o social, a/c afiliado), firma y aclaración del afiliado, número de afiliado completo, etc.

(B) Ver Ley de Genéricos.

(C) Puede poner el Código Internacional de Enfermedad (CIE) Ed. N°10.

## MEDICAMENTOS POR RECETAS

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

- a) NO se cuentan repetidos.

## UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

(28/05/2025)

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

- a) En una misma receta NO pueden coexistir dos medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.
- b) Se podrán dispensar 2 medicamentos de tamaño chico o único cuando el profesional médico haya indicado de su puño y letra la leyenda "Tratamiento Prolongado".

#### PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- a) Accesorios, Instrumental de cirugía y Material descartable.
- b) Anorexígenos y medicamentos antiobesidad. (Ej Xenical, etc).
- c) Anticonceptivos.
- d) Art. de tocador y para estética - Cosméticos dermatológicos.
- e) Formulas magistrales.
- f) Fórmulas o especialidades para limpiar o fijar dentaduras
- g) Herboristería.
- h) Homeopatía.
- i) Jabones y champues (Salvo medicinales recetados p/especialista).
- j) Artículos de perfumería.
- k) Leches (Enteras).
- l) Material de curación y antisépticos de superficie (Alcohol, Agua oxigenada, Gasas, etc.).
- m) Medicamentos antiesterilidad.
- n) Medicamentos para disfunciones eréctiles. Por ej. Citrato de Sildenafil (Ej Sildefil), Alprostadil, etc.
- o) Medicamentos para internación y/o envases hospitalarios, excepto que estén autorizados por OSPES.
- p) Medicamentos y productos de venta libre.
- q) Oncológicos y coadyuvantes.
- r) Pastas, polvos o líquidos dentífricos para la higiene bucal.
- s) Productos antiacné.

- t) Productos antiarrugas y anticelulitis. Lociones dérmicas.
- u) Productos anticaspa y antiseborreicos. Lociones capilares.
- v) Productos de diagnósticos (tiras reactivas, etc).
- w) Productos hormonales de uso en fertilidad.
- x) Productos y alimentos dietéticos y edulcorantes.
- y) Radiopacos.
- z) Soluciones parenterales.
- aa) Vacunas.

#### PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) Ambulatorio: Medicamentos incluidos en Guía Kairos o Manual Farmacéutico de venta bajo receta. (Ver distintos porcentajes de reconocimiento).
- b) Plan Materno Infantil: Reconoce solo los medicamentos del formulario terapéutico PMOE Res 201/02 M.S.
- c) Solventes inyectables en igual cantidad que los antibióticos inyectables
- d) Sueros
- e) Leches, solo si están previamente autorizadas por la obra social, con un sello que dice "PLAN MATERNO INFANTIL" y con firma y sello del auditor o delegado de la obra social. (Ver recetario)
- f) Medicamentos excluidos del formulario terapéutico o sin reconocimiento solo si están autorizados con la leyenda "Autorizado para retirar en farmacia" y con firma y sello de la obra social y porcentaje de cobertura.
- g) Vacuna antitetánica.
- h) Medicamentos de la Resolución 310, con 70 o 100 de cobertura en los recetarios correspondientes. CON AUTORIZACIÓN.

En dichos recetarios no se puede dispensar medicamentos de cobertura del 40%. Estos deben estar dispensados en el recetario común.

#### 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.

(28/05/2025)

- 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 OSPES, recetas con enmiendas, raspaduras o agregados con distinta lapicera, sino están salvados expresamente por el profesional prescribiente. Excepto en los items: "Nombre y apellido del beneficiario", "Número de afiliado" y "Fecha de prescripción", que puede estar escrito por la secretaria del profesional).

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

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.

**LEY DE GENÉRICOS**

- a) Si se prescribe por nombre genérico (monodroga incluida en el PMOE Res 201/02 M.S.) se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescrita, que figure en el formulario terapéutico PMO Res 201/02 M.S y tenga igual concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada.
- b) Si se prescribe por nombre genérico (monodroga excluida del PMOE Res 201/02 M.S.) se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescrita que tenga igual concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada.
- c) Si se prescribe por nombre comercial (prescripción por marca), se permite el reemplazo por otros nombres comerciales que figuren en el Manual Farmacéutico o Kairos, siempre que tengan igual: Monodroga, concentración, forma farmacéutica, cantidad y cuyos precios sean menores al medicamento cuyo nombre comercial se prescribió.

En caso de reemplazo:

- c-1) El afiliado deberá firmar (por segunda vez) de conformidad el reemplazo.

- c-2) El farmacéutico deberá colocar fecha, firma (por segunda vez) y sello aclaratorio (nombre, apellido y matrícula).

- d) Si el médico prescribe por nombre comercial 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.

**AFILIACIÓN**

Se acredita con CARNET.

(28/05/2025)

## MODELOS DE RECETARIOS Vigencia 01-10-2020

 **O.S.P.E.S. 2020**  
12300/8

**ORDEN DE FARMACIA N° AF-000005**



FECHA EMISION	N° BENEFICIARIO	EDAD	CODIGO PROFESIONAL O INSTITUCION	SERIE	RECETA N°
14/09/2020	1	65			
APELLIDO Y NOMBRE		SEXO	FECHA DISPENSACION	CODIGO DE FARMACIA	N° ORDEN
Benvenuto Jose Carlos		M			
MEDICAMENTOS RECETADOS	CANT. NRO.	CANT. LETRA	CANT.	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
Rp:					
Rp:					
Rp:					
MATRICULA N°:	FIRMA PROFESIONAL		FIRMA SELLO FARMACEUTICO	TOTAL RECETA:	
DIAGNOSTICO:	Sello, Aclaración y Firma			ACARGO BENEF.:	
				ACARGO O. SOCIAL:	


**MONODROGA**

QUIEN RETIRA		DNI Y FIRMA CONFORME		ACLRACION Y DOMICILIO	
<input type="radio"/> BENEFICIARIO <input type="radio"/> TERCERO INTERVENIENTE					

ROTULO 1	ROTULO 2	ROTULO 3	ROTULO 4	ROTULO 5	ROTULO 6
<b>MEDICAMENTOS GENERICOS</b>					

ó

**ORDEN DE FARMACIA**

 **O.S.P.E.S.**

**N° 285133 K**

FECHA EMISION	NUMERO DE BENEFICIARIO	CAT.	EDAD	FECHA DISPENSACION	CODIGO DE FARMACIA	N° DE ORDEN
APELLIDO Y NOMBRE		SEXO	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
Rp:		CANTIDAD RECETADA		OBRA SOCIAL		
		NROS. LETRAS				
Rp:						
Rp:						
N°		FIRMA PROFESIONAL		TOTAL RECETA:		
		SELLO ACCLARACION FIRMA MATRICULA		ACARGO BENEF.:		
DIAGNOSTICO				ACARGO O. SOCIAL:		

**MONODROGA**

ROTULO 1	ROTULO 2	ROTULO 3	ROTULO 4
----------	----------	----------	----------

BENEFICIARIO <input type="radio"/>		TERCERO INTERVENIENTE <input type="radio"/>	
TIPO	N°		
FIRMA CONFORME			
(ACLRACION Y DOMICILIO)			