

NORMAS OPERATIVAS FARMACIA

OSPIDA - Obra Social del Personal de Imprentas, Diarios y Afines

Sede Central: San José 157 (CP 1076) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

COBERTURA	OSPIDA	AFILIADO
Ambulatorio	40%	60%
Plan Materno Infantil	100%	0%
Patologías crónicas	70%	30%
Programa Procreación Responsable	100%	0%
Discapacidad	100%	0%

TIPO DE RECETARIO:

Oficial: SI

Otros: SI – Original en formato físico o formato digital / virtual, según legislación local

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 (treinta) días corridos desde la fecha de prescripción

TROQUEL: SI

DIAGNOSTICO: Principal y secundario

FECHA DE DISPENSA: SI

ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATRICULA:

Con sello: SI (aclarar el médico si es ilegible)

Manuscrito: NO

ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES:

Letras: SI

Números: SI

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el Médico: SI (con sello). Vale cambio caligráfico o de tinta siempre que se salve.

Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI, con firma, aclaración y N° de DNI del beneficiario.

DEL RESUMEN:

Presentación: mensual.

DE LA PRESCRIPCION:

Por nombre genérico o denominación común internacional y puede agregarse la marca. En caso de que el médico no quiera que se reemplace la marca deberá agregar "Justificación de la prescripción por marca" volviendo a firmar y sellar.

Cantidad Máxima de:

PRODUCTOS POR RECETA: (2) Dos de distinto principio activo. Un envase por cada principio. Por receta uno grande y uno chico o dos chicos.

UNIDADES POR TAMAÑO (teniendo en cuenta solo las presentaciones del vademécum de OSPIDA):

* Si no indica tamaño, se dispensará el más CHICO

- * Si indica tamaño GRANDE, se dispensará el envase que le sigue
- * Si indica el tercer tamaño de un determinado medicamento deberá consignar además "TRATAMIENTO PROLONGADO" para que le sea dispensado
- * Si indica el envase mayor deberá consignar la cantidad de unidades y la leyenda tratamiento prolongado.

Antibióticos y todo medicamento cuya presentación sea en inyectable:

Envase individual: 5

Multidosis: 1

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:

Plan Ambulatorio: Vademecum ambulatorio

Plan PMI: 100% de cualquier producto (siempre que esté autorizado en solicitud numerada emitida por sistema de OSPIDA, se adjunta modelo)

Con el 70 o 100 % según corresponda de cualquier producto que se encuentre autorizado y en vademécum patologías crónicas Res.310/04 (siempre que esté autorizado en solicitud numerada emitida por sistema de OSPIDA, se adjunta modelo)

Programa Procreación Responsable: Anticonceptivos del vademecum de OSPIDA

Exclusiones: (los medicamentos fuera de vademécum, o con mayor descuento, solo pueden atenderse con autorización exclusiva de **OSPIDA**)

- *Medicamentos en internación
- *Medicación Oncológica
- *Medicación antihemofílica
- *Eritropoyetina
- *Medicación HIV y anti SIDA.
- *Interferón
- *Inmunoestimuladores
- *Medios de Contraste
- *Las preparaciones magistrales
- *Los productos de venta libre (no contemplados en vademécum)
- *Toda monodroga que no se encuentre expresada en el formulario terapéutico
- * En el P.M.I. para el recién nacido: excluidas todo tipo de leche maternizada y medicamentosa
- * Los médicos odontólogos no pueden prescribir psicofármacos, estupefacientes, anabólicos, etc.

OBSERVACIONES:

Embarazadas: cobertura desde el diagnóstico positivo de embarazo hasta 30 (treinta) días posteriores al parto

Recién nacido: cobertura desde el nacimiento hasta el día que cumpla 1 (uno) año de edad

Para la dispensa, además de la entrega de la receta, debe controlarse credencial y DNI

La receta debe indicar fecha de prescripción (en Nº arábigo, no romanos), cantidad entregada, precio unitario, total, total de receta, importe a cargo del afiliado e importe a cargo de la OS, sello de la farmacia, firma del farmacéutico y Nº de orden de la receta.

Rechazar toda receta prescripta por médico auditor, salvo cuando se transcriba de una receta particular (hecha por el médico tratante) a la oficial (hecha por el médico auditor), en cuyo caso deberán presentarse las dos recetas.

Toda persona que retira la medicación deberá colocar sin excepción lo siguiente:

- * Tipo y Nº de documento

- * Firma

- * Aclaración de la firma con nombres y apellidos completos

- * Domicilio completo: En los casos en que las personas vivan en Zona Rural, se deberá colocar el nombre de la localidad y la leyenda Zona Rural.

- * Teléfono

AUTORIZACIONES:

Previa Autorización de la Obra Social, de la Auditoria Médica con indicación del plan sobre la receta (si no indica el plan se realizará cobertura de ambulatorio, siempre que el producto se encuentre en el vademécum).

No se reconocerá la facturación de medicamentos que hayan sido dispensados sin contar con la autorización correspondiente, en solicitud numerada emitida por el sistema de OSPIDA.

ORDEN DE MEDICAMENTOS 739				
LUGAR	F. DE EMISION	F. DE VENCIMIENTO	TIPO	
B01 - AZUL-OLAVARRIA	29/01/2025	01/03/2025	AMBULATORIO	
NUMERO	NOMBRE		SEXO	EDAD
			MASCULINO	60
DIAGNOSTICO		CIE 10		
Trastornos depresivos recurrentes		F33 - TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE		
OBSERVACIONES DE AUDITORIA MEDICA				
AUTORIZA EN				



MEDICAMENTOS AUTORIZADOS				
CANTIDAD	NOMENCLADOR	PRACTICA	COBERTURA	CODIGO AUTORIZACION
1	Vademecum	4714674 - VENLAFAXINA - 150 MG CAPS.X 28 - ELAFAX LP - GADOR	40.00	679A61D80ED47
1	Vademecum	2238264 - CLONAZEPAM - 2 MG COMP.X 60 - RIVOTRIL - INVESTI	40.00	679A61DD432B3

RESERVADO AUDITORIA MEDICA
PRESCRIPCION AUTORIZADA
FECHA DE AUTORIZACION

LA SOLA IMPRESION DEL FORMULARIO SIRVE COMO AUTORIZADO

FIRMA DEL BENEFICIARIO	Código de Control: e21c685e35d3d072160e147f54296df6	FIRMA Y SELLO PROFESIONAL
------------------------	--	---------------------------

SIOS 290120251449U15

Recuerde que debera cobrar en concepto de copago uso interno de cada delegacion la suma de \$ 0

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS PARA PATOLOGIAS CRONICAS 7 08				
LUGAR	F. DE EMISION	F. DE VENCIMIENTO	TIPO	
B01 - AZUL-OLAVARRIA	21/01/2025	21/02/2025	AMBULATORIO	
NUMERO	NOMBRE		SEXO	EDAD
			MASCULINO	60



MEDICAMENTOS AUTORIZADOS			
CANTIDAD	MEDICAMENTO	PORC. COBERTURA	CODIGO AUTORIZACION
1	0 - DAPAGLIFLOZINA - 10 MG COMP.X 28 - FORXIGA - ASTRAZENECA	100 %	678F97F1103CB
1	3483017 - CARVEDILOL - 25 MG COMP.RAN.X 28 - FILTEN - GADOR	70 %	678F97F231EDA
1	5069111 - ESPIRONOLACTONA - 25 MG COMP.X 30 - LANX - ELEA	70 %	678F97F30C260

RESERVADO AUDITORIA MEDICA
PRESCRIPCION AUTORIZADA
FECHA DE AUTORIZACION 21/01/2025
LA SOLA IMPRESION DEL FORMULARIO SIRVE COMO AUTORIZADO