

OBRA SOCIAL: AMSTERDAM SALUD

Nombre Completo: AMSTERDAM SALUD S.A. para la atención de los afiliados de
la Obra Social de Recibidores de Granos y Anexos
Nº de CUIT: 30-70893009-8 - Cód. de O.S.: 1-1880-4
Dirección: Junín 622 – Dpto. 1 – C.P. 4000 – San Miguel de Tucumán

DESCUENTO: ESTADO Ambulatorio PMI O.S 40%/50%/70% 100%	Afiliado resto ----	DE LA PRESCRIPCION: Cantidad Máxima de: PRODUCTOS DISTINTOS POR RECETA: 2 (dos) de distinto principio activo UNIDADES POR RENGLÓN: 1 (uno) UNIDADES POR TAMAÑO: los dos productos deben ser de tamaño chico. TRATAMIENTO PROLONGADO: cuando el médico prescriptor coloque la leyenda Tratamiento Prolongado, deberán dispensarse los tamaños prescriptos. Antibióticos inyectables: Monodosis: cinco (05) Multidosis: dos (02) RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS: Ambulatorio: se reconocerán todos los medicamentos prescriptos por nombre genérico, de venta bajo receta, que figuren en Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, con las siguientes exclusiones y Anexo I (dorso de la normativa): Productos homeopáticos Venta Libre Vacunas: con autorización previa del Médico Auditor. PMI: cobertura 100%, de los medicamentos incluidos en el vademécum PMI, para la madre desde el diagnóstico de embarazo hasta 30 días posteriores al parto y para el niño hasta el año de vida. Aquellos medicamentos que no figuren en el vademécum PMI, serán reconocidos con el 40% de cobertura. LECHES: únicamente se reconocerán las leches medicamentosas, si cuentan con autorización previa del Médico Auditor. IMPORTANTE: aquellos productos cuyo precio de venta al público sea igual o superior a \$300 debe contar con autorización previa del Médico Auditor.
TIPO DE RECETARIO: Oficial: SI (1) Particulares: SI (1) Otros: No		
VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días a partir de la fecha de prescripción		
TROQUELADO: SI		
FECHA DE EXPENDIO: SI		
ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nro. DE MATRICULA: Con sello: SI Manuscrito: NO (salvo que sea ilegible el sello)		
ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES: Letras: si Números: si		
ENMIENDAS SALVADAS: Por el Médico: SI (con firma y sello) Por el Farmacéutico: SI (con firma y sello) Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI(con firma de conformidad del afiliado)		
DEL RESUMEN: Carátula: on line Cantidad: Una Presentación: Mensual Las recetas podrán presentarse al cobro hasta 90 días posteriores a la fecha de dispensa.		
COBERTURA DEL SERVICIO: Toda la provincia de Buenos Aires.		

OBSERVACIONES:

- (1) **Recetario Oficial:** en el recetario se indicará el porcentaje de cobertura a reconocer.
Recetario Particular: estos recetarios se reconocerán con el 40% de cobertura.

DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR:

- Nombre y Apellido del paciente.
- N° de afiliado.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra.
- Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- Fecha de prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

- Adjuntar los **troqueles** del siguiente modo:
 - Adheridos con goma de pegar o cinta transparente (no utilizar abrochadora debido a que dificultan la lectura del código de barras).
 - Si no tiene troquel, colocar código de barra o la sigla S/T con firma de conformidad del afiliado.
 - Fecha de Venta, en caso de que en la receta no se adjunte copia del ticket o presupuesto, ya que dicho dato figura en el mismo.
 - Adjuntar copia de ticket, presupuesto o comprobante de validación, donde consten los precios unitarios y totales, caso contrario la receta deberá ser valorizada, aclarando que la firma del afiliado solo debe figurar en la receta y no en el ticket o presupuesto antes mencionados.
 - Sello y firma de la farmacia.
 - Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo.
 - Las enmiendas de precios deberán ser salvadas por el farmacéutico y por la persona que retira los medicamentos.
- Documentación que deberá presentar el afiliado al momento de la dispensa: receta y credencial

ANEXO INFORMACION N° 02/14 – S.U.

