

# ANEXO INFORMACIÓN N° 47/11 – S.U.

Septiembre 2011



**OBRA SOCIAL:  
O.S.A.P.**

Nombre Completo: Obra Social Aceros Paraná S.A. y Empresas Antecesoras  
 CUIT: 30-51587363-1 Cond.IVA: Exento Cód. O.S.: 80050  
 Dirección: Av. .Moreno 187 - (2900)- San Nicolás

DESCUENTO:	OS:	Afiliado:
<b>Cobertura Común:</b>		
Dentro F.T. IOMA	70%	30%
Fuera F.T. IOMA	40%	60%
<b>Plan Materno Infantil:</b>		
Dentro F.T. IOMA	100%	----
Fuera F.T. IOMA	100% (en receta autorizada) 40% (en receta no autorizada)	
<b>Rec. Autorizadas:</b>	% autorizado	
<b>TIPO DE RECETARIO:</b>		
Oficial: SI (1)		
<b>VALIDEZ DE LA RECETA:</b> 10 (diez) días contados desde la fecha de prescripción del médico.		
<b>TROQUELADO:</b> SI (Completo con N° y Código de barra)		
<b>DIAGNÓSTICO:</b> SI . Colocado al lado de cada Rp.		
<b>FECHA DE EXPENDIO:</b> SI		
<b>ACLARACIÓN FIRMA MÉDICO Y N° MATRÍCULA:</b>		
Sello: SI    Manuscrito: NO (Solo si es ilegible el sello)		
<b>ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:</b>		
Letras: SI    Números: SI		
<b>ENMIENDAS SALVADAS:</b>		
Por el Médico: SI		
Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI		
<b>DEL RESUMEN:</b>		
Planilla: On Line		
Cantidad: Una		
Presentación: Mensual - 1 al 10 de cada mes		
Facturación: por separado el PMI del Plan Común		

**COBERTURA DEL SERVICIO:** Para toda la Provincia de Buenos Aires, excepto los Partidos de: Pergamino, Ramallo y San Nicolás.

**PRODUCTOS POR RECETA:** 2 (dos) de distinto principio activo.

**PRODUCTOS POR RENGLON:** 1 (uno)

**TAMAÑOS POR RECETA:** 1 (un) envase **grande** o **mediano** por receta si se encuentra prescripto como tal. Si no indica tamaño se entregará el menor.

**Antibióticos Inyectables:**  
 envase indiv.: 4 (cuatro)    multidosis: 1 (uno)

**RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:**  
 Tendrán **cobertura del 70%** aquellos medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico Ambulatorio de **IOMA**, siendo del **40% Dto. para excluidos** de dicho Formulario.

**PMI:** tendrán cobertura del **100%** aquellos medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico de IOMA, mientras que los **excluidos** tendrán dicha cobertura cuando la receta se encuentre debidamente **autorizada**. Tendrán una cobertura del **40%** cuando la receta **no** se encuentre **autorizada**.

**Reconocimiento bajo Normas Especiales, solo con autorización de OSAP (en PLAN COMUN y PMI):**  
 -Todo medicamento reconocido dentro del F.T. de IOMA como Uso Normalizado.  
 -Listado de Acciones Farmacológicas, según Anexo I (2).

**Productos Excluidos (dentro o fuera del F.T.), según clasificación Manual Farmaceutico, Anexo II.**

La O.Social podrá **autorizar** recetas que contengan medicamentos excluidos, indicando la cobertura reconocida, aumentar la cobertura original (si el medicamento está dentro o fuera del F.T.) o aprobar mayores cantidades que las reconocidas.

# ANEXO INFORMACIÓN N° 47/11 – S.U.

Septiembre 2011

Dorso de:  
**O.S.A.P.**

(1) **Recetario oficial:** fondo blanco, impreso en negro. En **Plan Materno Infantil**, recetario rosa con leyenda "PM" y para el bebé recetario celeste con leyenda "PI".

El recetario deberá encontrarse totalmente completo, ya que la falta de cualquiera de los datos de la receta producirá su débito. El **diagnóstico** médico deberá estar colocado en cada Rp.-

**NOTAS:**

- Deberá verificarse que el número de afiliado se encuentre colocado en la receta en forma correcta y completa, ya que en caso contrario será motivo de débito. Asimismo se aclara que el número completo debe incluir la barra y un dígito que identificará la calidad del afiliado, de acuerdo al siguiente ejemplo: 012243/1 Af. Titular; 012243/2 Af. a cargo-esposa; 012243/3 Af. a cargo-hijo.
- Si alguno de los medicamentos no fuera entregado, el farmacéutico deberá colocar el motivo de la no dispensación en la receta, con firma conforme del afiliado.
- El afiliado o tercero al retirar la medicación deberá colocar en la receta: firma, aclaración, domicilio y DNI.
- No se aceptan enmiendas salvadas sobre corrector líquido.

**IMPORTANTE!:**

Las credenciales son plásticas, tipo tarjeta de crédito, con los datos personales impresos en relieve, con los grupos identificados como **ACTIVOS**, **JUBILADOS** y **ADHERENTES**. A estos dos últimos deberá exigírsele el cupón de pago de cuota al día.

## O.S.A.P.

**Anexo II Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, Acción Farmacológica.**

Adelgazante	Espesante instant.p/alimentos
Agonista LHRH	Factor estim.crec.granulocitos
Alimento dietético	Factor recombinante humano
Alimento funcional	Farmaco antiobesidad no sistémica
Alimento infantil	Fort.leche materna p/prematuros
Análogo hormona de crecimiento	Freno a las calorías
Anorexígeno	Hormonosupresor
Anorexígeno Lipolítico	Hormonoterapia antineoplásica
Antiandrógeno	Inhibidor de la proteasa
Antibiótico Antineoplásico	Inmunoestimulante
Antibiótico Tuberculostático	Inmunomodulador
Anticardiotóxico	Inmunosupresor
Antiestrogénico	Leche p/embarazada
Antileucémico	Nutrición enteral
Antimetabolito	Nutrición esp.p/HIV o SIDA
Antineoplásico	Nutrición isotónica balanceada
Antiviral contra HIV	Nutrición p/pacientes diabéticos
Citoprotector	Nutrición p/pacientes renales
Citostático	Nutrición parenteral
Coadyuvante en oncología	Producto alimenticio
Complemento dietario	Sal bajo cont.en sodio
Crema dental	Somatotrópico
Crema dental Antisarro	Suplemento dietario
Crema dental p/dien.sensibles	Suplemento nutricional
Crema dental p/encías irritadas	Sustituto de la sal
Crema dental p/fumadores	Trat. De la obesidad
Dieta elemental c/glutamina	Trat.acromegalia/tum.neuroendóc.
Disminuye rechazo transp.renal	Trat.artritis reumatoidea
Edulcorante	Trat.carcinoma de vejiga
Energizante masc/fem. Supl.diet	Trat.disfunción sexual masc.

**Anexo II. Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, por Droga**

adalimumab	interferón Ó2b+ribavirina
alefacept	mycobacterium bovis
basiliximab	ondansetrón
busereline	palivizumab
copolímero-1	palonosetrón
efalizumab	pemolina magnesio
etanercept	rosiglitazona
fentanilo	rosiglitazona +glimepirida
granisetron	rosiglitazona + metformina
interferón alfa	Sildenafil
interferón alfa 2 A	stavudina
interferón alfa 2 B	suero antilinfocitario
interferón alfa 2 B pegilado	suero antitumocitario
interferón beta	toremifeno
interferón gamma	triac
interferón Ó2b pegil.+ribavirina	tropisetron

**Anexo II. Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, por forma farmacéutica:**

Barritas/Galletitas	Cremas dentales
Batidos/Puré/Jugos/Otros alimentos	leches enteras/Desc.

**Anexo II. Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, por Tipos de Venta:**

Tipos de Venta 1 (Productos de Venta Libre)

**Anexo II. Exclusiones según Clasificación SIFAR:**

Internación	medicamentos especiales
-------------	-------------------------

**(2) Anexo I Reconocimiento bajo Normas especiales, según clasificación Manual Farmacéutico, acción farmacológica:**

Anovulatorio	Hipolipemiente (*)
Anticonceptivo	Hipolipemiente Antiag.plaquetar. (*)
Anticonceptivo/Supl.de Hierro	Hipolipemiente Hipoglucémico. (*)
Endoceptivo	Inhibid.absorción de colesterol (*)
Espérmica	Preservativo femenino
Hipocolesterolemia (*)	Profilácticos

(\*) Requieren de autorización previa los excluidos del F.T. de IOMA.

**(2) Anexo I Reconocimiento bajo Normas especiales, únicamente en PMI, con autorización previa, según clasificación Manual Farmacéutico, forma farmacéutica:**

Leches maternizadas	Leches medicamentosas
---------------------	-----------------------