

ANEXO INFORMACIÓN N° 42/17 – S.U.



Octubre 2017

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:	COBERTURA DEL SERVICIO: Para toda la Provincia de Buenos Aires, excepto los Partidos de: Pergamino, Ramallo y San Nicolás.
<u>Cobertura Común:</u>			PRODUCTOS POR RECETA: 2 (dos) de distinto principio activo.
Dentro F.T. IOMA	70%	30%	PRODUCTOS POR RENGLON: 1 (uno)
Fuera F.T. IOMA	40%	60%	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.
<u>Plan Materno Infantil:</u>			Antibióticos Inyectables: envase indiv.: 4 (cuatro) multidosis: 1 (uno)
Dentro F.T. IOMA	100%	----	RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:
Fuera F.T. IOMA	100% (en receta autorizada) 40% (en receta no autorizada)		Tendrán cobertura del 70% aquellos medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico Ambulatorio de IOMA , siendo del 40% Dto. para excluidos de dicho Formulario.
<u>Rec. Autorizadas:</u>	% autorizado		PMI: tendrán cobertura del 100% aquellos medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico de IOMA , mientras que los <u>excluidos</u> tendrán dicha cobertura cuando la receta se encuentre debidamente <u>autorizada</u> . Tendrán una cobertura del 40% cuando la receta no se encuentre autorizada.
TIPO DE RECETARIO:			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).
Particular: SI (1)			Productos Excluidos (dentro o fuera del F.T.), según clasificación Manual Farmaceutico, Anexo II.
VALIDEZ DE LA RECETA:	30 (treinta) días contados desde la fecha de prescripción del médico.		
TROQUELADO:	SI (Completo con Nº y Código de barra)		
DIAGNÓSTICO:	SI . Colocado al lado de cada Rp.		
FECHA DE EXPENDIO:	SI		
ACLARACIÓN FIRMA MÉDICO Y Nº MATRÍCULA:			
Sello: SI Manuscrito: NO (Solo si es ilegible el sello)			
ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:			
Letras: SI Números: SI			
ENMIENDAS SALVADAS:			
Por el Médico: SI			
Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI			
DEL RESUMEN:			
Planilla: On Line			
Cantidad: Una			
Presentación: Mensual - 1 al 10 de cada mes			
Facturación: por separado el PMI del Plan Común			
Validación obligatoria			

ANEXO INFORMACIÓN N° 42/17 – S.U.

Octubre 2017

Dorso de:

O.S.A.P.

- (1) Pueden utilizarse cualquier tipo de recetario (propios del profesional, de Agremiación médica, de clínicas o sanatorios, etc.) debiendo contar con los siguientes datos:

- ✓ Apellido y nombre del afiliado
- ✓ Número de afiliado
- ✓ Fecha
- ✓ Diagnóstico
- ✓ Firma y sello del profesional interviniente

NOTAS:

Adjuntar copia de ticket o presupuesto o comprobante de validación donde consten los precios unitarios y totales, importes a cargo de la obra social y del afiliado y fecha de dispensa, caso contrario la receta deberá ser valorizada.

El diagnóstico médico deberá estar colocado en cada Rp.-

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.

ANEXO INFORMACIÓN N° 42/17 – S.U.

Octubre 2017

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
Antiestrogenico	Leche p/embrazada
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.acromegalía/tum.neuroendocr.
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
granisetrón	rosiglitazona + metformina
interferón alfa	Sildenafil
interferón alfa 2 A	stavudina
interferón alfa 2 B	suero antilinfocitario
interferón alfa 2 B pegilado	suero antitimocitario
interferón beta	toremifeno
interferón gamma	triac
interferón Ó2b pegil.+ribavirina	tropisetrón

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

Barritas/Galletitas	Crema 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 Farmaceútico, acción farmacológica:	
Anovulatorio	Hipolipemiante (*)
Anticonceptivo	Hipolipemiante Antiag.plaquetar. (*)
Anticonceptivo/Supl.de Hierro	Hipolipemiante Hipoglucemian. (*)
Endoceptivo	Inhibid.absorción de colesterol (*)
Epermicida	Preservativo femenino
Hipcolesterolemiante (*)	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 Farmaceutico, forma farmacéutica:

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