

ANEXO INFORMACIÓN N° 42/17 – S.U.



OBRA SOCIAL:
O.S.A.P.

Octubre 2017

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 Común:

Dentro F.T. IOMA 70% 30%

Fuera F.T. IOMA 40% 60%

Plan Materno Infantil:

Dentro F.T. IOMA 100% ----

Fuera F.T. IOMA 100% (en receta autorizada)
40% (en receta no autorizada)

Rec. Autorizadas: % autorizado

TIPO DE RECETARIO:

Particular: SI (1)

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 (treinta) días
contados desde la fecha de prescripción del médico.

TROQUELADO: SI (Completo con N° y Código de barra)

DIAGNÓSTICO: SI . Colocado al lado de cada Rp.

FECHA DE EXPENDIO: SI

**ACLARACIÓN FIRMA MÉDICO Y N°
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

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 Normatizado.

-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° 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.

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
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
buserelina	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	Hipolipemiante (*)
Anticonceptivo	Hipolipemiante Antiag.plaquetar. (*)
Anticonceptivo/Supl.de Hierro	Hipolipemiante Hipoglucémico. (*)
Endoceptivo	Inhibid.absorción de colesterol (*)
Espermicida	Preservativo femenino
Hipocolesterolemizante (*)	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
---------------------	-----------------------