



**OBRA SOCIAL: OSPPCyQ**

Nombre Completo: Obra Social del Personal del Papel, Cartón y Químicos

N° de CUIT: 30-60712615-8 - Cód. de O.S.: 11410-9

Dirección: Osvaldo Cruz 2075 – Capital Federal

<p><b>DESCUENTO:</b></p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td><b>O.S</b></td> <td><b>Afiliado</b></td> </tr> <tr> <td>Común</td> <td>50%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>PMI</td> <td>100%</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>Res. 310 y Especiales</td> <td>c/autorización</td> <td>resto</td> </tr> <tr> <td><b>Autorizados</b></td> <td><b>70%-100%</b></td> <td><b>30% - ----</b></td> </tr> <tr> <td>Otros: NO</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>TIPO DE RECETARIO:</b>          Oficial: SI                      Particular o de Institución: SI          Otros: NO</p> <p><b>VALIDEZ DE LA RECETA:</b> 30 días corridos</p> <p><b>TROQUELADO:</b> SI</p> <p><b>FECHA DE EXPENDIO:</b> SI</p> <p><b>ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nro. DE MATRICULA:</b>          Con sello: SI                      Manuscrito: NO (salvo que sea ilegible el sello)</p> <p><b>ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES:</b>          Letras: si                      Números: si</p> <p><b>ENMIENDAS SALVADAS:</b>          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)</p> <p><b>DEL RESUMEN:</b>          Carátula: on line          Cantidad: Una          Presentación: Mensual (El límite para la presentación de las recetas es 60 días)          Refacturación: 60 días desde la devolución</p> <p><b>COBERTURA DEL SERVICIO:</b> Toda la provincia de Buenos Aires.</p>		<b>O.S</b>	<b>Afiliado</b>	Común	50%	50%	PMI	100%	-----	Res. 310 y Especiales	c/autorización	resto	<b>Autorizados</b>	<b>70%-100%</b>	<b>30% - ----</b>	Otros: NO			<p><b>UNIDADES POR RENGLÓN:</b>          Sin Tratamiento Prolongado: hasta 1 (un) envase          Con Tratamiento Prolongado: hasta 2 (dos) envases</p> <p><b>UNIDADES POR TAMAÑO:</b>          Sin tratamiento prolongado: Hasta 1 (un) envase grande por receta.          Con tratamiento prolongado: Hasta dos envases grandes por receta y uno por renglón.</p> <p>Cuando el médico no especifica tamaño, debe dispensarse el envase de menor contenido.          Cuando el médico solo indica la palabra grande, debe dispensarse la presentación siguiente a la menor.          Cuando el médico equivoca la cantidad y/o contenido, debe dispensarse el tamaño inmediato inferior al indicado.</p> <p>Antibióticos inyectables:          Monodosis: hasta cinco (05) envases          Multidosis: el menor número hasta completar cinco ampollas. Ej.: si el producto se presenta en envases de dos ampollas, pueden dispensarse tres envases = 6 ampollas.</p> <p><b>RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:</b>          Se reconocerán los productos que se encuentran incluidos en el vademécum de OSPPCyQ, requiriendo en algunos casos de autorización previa.  <b>PMI:</b> Cobertura 100% para la madre desde el diagnóstico de embarazo hasta 1 mes posterior al parto <b>con</b> autorización previa de A.P.P.I. y para el niño hasta los tres años de edad <b>sin</b> autorización.  <b>Leches:</b> <b>Enteras</b>, medicamentosas y maternizadas hasta el año de vida del lactante, con autorización previa de A.P.P.I.  <b>Anticonceptivos:</b> <b>Sólo se reconocerán con autorización previa.</b></p> <p><b>AUTORIZACIONES:</b> las autorizaciones correspondientes al PMI, topes de cobertura establecidos en la Res. 310/04 y demás excepciones a la norma, son válidas únicamente cuando las realice alguna de las siguientes personas, mediante firma y sello en la receta, o bien vía fax:          LUZ SUAREZ                      MARIO SARJANOVICH          MARCELO VALLES              CLAUDIA PEREIRA          DANIEL RAFFIA                  ROLANDO CONCAS          LUIS RIVERA                      FABIO LOMBARDO          FERNANDO BUSSO</p>
	<b>O.S</b>	<b>Afiliado</b>																	
Común	50%	50%																	
PMI	100%	-----																	
Res. 310 y Especiales	c/autorización	resto																	
<b>Autorizados</b>	<b>70%-100%</b>	<b>30% - ----</b>																	
Otros: NO																			

## ANEXO INFORMACIÓN N° 34/15 – S.U.

<b>DE LA PRESCRIPCIÓN:</b> Cantidad Máxima de:	
<b>PRODUCTOS POR RECETA:</b> Sin tratamiento prolongado: hasta 2 (dos) envases Con tratamiento prolongado: hasta 4 (cuatro) envases	

### OBSERVACIONES:

#### HABILITACION DEL BENEFICIARIO:

- Documento de identidad
- Credencial definitiva o Provisoria
- Recibo de sueldo del mes en curso o de alguno de los dos últimos meses.
- Constancia de afiliación (para el caso de nuevos beneficiarios)

No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la Farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada.

#### DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR Y CON LA MISMA TINTA:

- Denominación de la Obra Social, completa o sigla OSPPCyQ (en caso que el recetario no sea el oficial)
- Nombre y Apellido del paciente.
- N° de afiliado.
- Medicamentos prescritos por droga y cantidad de cada uno (puede sugerir marcar comercial).
- Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.
- Fecha de prescripción.
- Diagnóstico

**La ausencia de cualquiera de los datos indicados anteriormente es motivo de débito.**

- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.

#### DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

- Adjuntar los **troqueles** de acuerdo al orden de prescripción, incluyendo el código de barras, adheridos con goma de pegar (no utilizar **cinta adhesiva** ni abrochadora), los troqueles deberán encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo, desgaste del material o cualquier otro signo que otorgue carácter dudoso al troquel. Si el producto no posee troquel, se debe colocar la leyenda "S/T" en el lugar correspondiente y el afiliado o tercero interviniente deberá firmar de conformidad el retiro de los mismos. En el caso de que se expendan más de una unidad de productos sin troquel, la farmacia colocará la leyenda: "Retiro conforme....unidades de....sin troquel" con la firma del afiliado o tercero. Su falta será motivo de débito.
- Las recetas se presentarán sin valorizar, acompañadas por copia del ticket fiscal o comprobante del sistema de facturación firmado por el afiliado.
- Sello de la farmacia y firma del Farmacéutico.
- Firma y aclaración de quien retira los medicamentos.
- Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

Medicamentos faltantes: si por cualquier circunstancia en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la Farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 48 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo.