



**OBRA SOCIAL: PREVENCION OSPIM**  
 Nombre Completo: **PREVENCION SALUD OSPIM**  
 N° de CUIT: 30-71304500-0 - Cód. de O.S.: **525**  
 Dirección: COFA – Av. Julio A. Roca N°751

<p><b>DESCUENTO:</b></p> <table border="0"> <tr> <td><b>O.S</b></td> <td><b>Afiliado</b></td> </tr> <tr> <td>A 1 (*) Monto Fijo – 80%</td> <td>Resto – 20%</td> </tr> <tr> <td>A General (*) Monto Fijo – 80%</td> <td>Resto – 20%</td> </tr> <tr> <td>PMI 100%</td> <td>----</td> </tr> <tr> <td>Patologías crónicas Monto fijo - 100%</td> <td>Resto</td> </tr> <tr> <td>Anticonceptivos 100%</td> <td>----</td> </tr> <tr> <td>Autorizados.....Lo indicado</td> <td>Resto</td> </tr> </table> <p><b>TIPO DE RECETARIO:</b>          Oficial: NO                      Otros: SI (1)</p> <p><b>VALIDEZ DE LA RECETA:</b> El día de la prescripción y los 30 días siguientes.</p> <p><b>TROQUELADO: SI</b></p> <p><b>FECHA DE EXPENDIO: SI</b></p> <p><b>ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nro. DE MATRICULA:</b>          Con sello: SI    Manuscrito: NO (salvo que sea ilegible)</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) (2)          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</p> <p><b>COBERTURA DEL SERVICIO:</b> Toda la provincia de Buenos Aires.</p> <p><b>VALIDACION: Obligatoria</b></p> <p><b>DE LA PRESCRIPCION:</b>          Cantidad Máxima de:</p> <p><b>REGLONES POR RECETA:</b>          Hasta tres (03) de distinto nombre comercial y genérico.</p> <p><b>UNIDADES POR RENGLÓN:</b>  <b>Sin</b> tratamiento prolongado uno (01)), en caso de tratarse de un único renglón por receta, se aceptan hasta dos (02) envases chicos.  <b>Con</b> Tratamiento Prolongado hasta dos (02) envases por renglón.</p> <p><b>UNIDADES POR TAMAÑO:</b> dos (02) grandes por receta, el resto chicos o tamaño siguiente al menor. (3)          Antibióticos inyectables:          Monodosis: hasta cinco (05)          Multidosis: El menor número posible de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas. Por ejemplo, si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expendirse hasta 3 (tres) envases = 6 (seis) ampollas.</p>	<b>O.S</b>	<b>Afiliado</b>	A 1 (*) Monto Fijo – 80%	Resto – 20%	A General (*) Monto Fijo – 80%	Resto – 20%	PMI 100%	----	Patologías crónicas Monto fijo - 100%	Resto	Anticonceptivos 100%	----	Autorizados.....Lo indicado	Resto	<p><b>RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:</b>          Se reconocerán las especialidades medicinales comprendidas en el Vademécum vigente, cuyos productos deben validarse electrónicamente.</p> <p><b>Tratamiento Prolongado:</b> Cuando el médico coloca de su puño y letra la frase "Tratamiento Prolongado", su equivalente o abreviatura, pueden dispensarse las cantidades indicadas. Debe indicarse además el tamaño y/o contenido de cada medicamento, por lo que de omitirse sólo se entregará un envase del menor tamaño. (4)</p> <p><b>PMI:</b> Habilitación del beneficiario y cobertura según validación On Line.          Leches Medicamentosas: Hasta 4Kg por receta por mes con autorización previa.          Leches Maternizadas: No          Medicamentos según validación on line que distingue productos para madre o niño con el mismo límite de cantidades que el resto de los planes.</p> <p><b>Patologías Crónicas:</b> Habilitación del beneficiario y cobertura según validación on line.          La cobertura de 70% o 100% (según Vademécum) se aplica únicamente para los principios activos habilitados para cada asociado en el sistema de validación on line y con el mismo límite de cantidades que el resto de los planes. (5)</p> <p><b>Anticonceptivos:</b> Habilitación del beneficiario y cobertura según validación On Line con cobertura del 100% según validación (5) con el mismo límite de cantidades que el resto de los planes.</p> <p><b>Autorizaciones especiales:</b> No se procesan electrónicamente. Podrán dispensarse recetas que se contrapongan con la presente normativa siempre que se adjunte el Formulario de Autorización en <u>original</u>; se aplicará el descuento que indique la autorización. Dicho formulario debe contar obligatoriamente con firma y sello en <u>original</u> de las siguientes personas:</p> <table border="0"> <tr> <td>Dr. Bosco Leandro</td> <td>Dr. Frey Diego</td> </tr> <tr> <td>Dr. Buffa Matías</td> <td>Dr. Comiso Damián</td> </tr> <tr> <td>Dr. Bulfón Fernanda</td> <td>Dra. Huelten Nuri</td> </tr> <tr> <td>Dr. Busso Fernando</td> <td>Dra. Martino María Laura</td> </tr> <tr> <td>Dra. Campo, Cinthia</td> <td>Dr. Iscaro Fernando</td> </tr> <tr> <td>Dra. Cardellino Julieta</td> <td>Dr. Olazarri, Diego Anibal</td> </tr> <tr> <td>Dra. Castellano Ricardo</td> <td>Dr. Ortega Rafael Ignacio</td> </tr> <tr> <td>Dr. Ciacci Paola Lorena</td> <td>Dra. Patoco Evangelina</td> </tr> <tr> <td>Dra. Clerci Bárbara</td> <td>Dr. Soldi Aldo René</td> </tr> <tr> <td>Dr. Clua Daniel</td> <td></td> </tr> </table> <p>El formulario de Autorización <u>siempre debe estar acompañado por la prescripción original</u> correspondiente.</p> <p>Atención al Cliente por temas de normativa: (011) 4136-9090 – Fax (011)4136-9001</p>	Dr. Bosco Leandro	Dr. Frey Diego	Dr. Buffa Matías	Dr. Comiso Damián	Dr. Bulfón Fernanda	Dra. Huelten Nuri	Dr. Busso Fernando	Dra. Martino María Laura	Dra. Campo, Cinthia	Dr. Iscaro Fernando	Dra. Cardellino Julieta	Dr. Olazarri, Diego Anibal	Dra. Castellano Ricardo	Dr. Ortega Rafael Ignacio	Dr. Ciacci Paola Lorena	Dra. Patoco Evangelina	Dra. Clerci Bárbara	Dr. Soldi Aldo René	Dr. Clua Daniel	
<b>O.S</b>	<b>Afiliado</b>																																		
A 1 (*) Monto Fijo – 80%	Resto – 20%																																		
A General (*) Monto Fijo – 80%	Resto – 20%																																		
PMI 100%	----																																		
Patologías crónicas Monto fijo - 100%	Resto																																		
Anticonceptivos 100%	----																																		
Autorizados.....Lo indicado	Resto																																		
Dr. Bosco Leandro	Dr. Frey Diego																																		
Dr. Buffa Matías	Dr. Comiso Damián																																		
Dr. Bulfón Fernanda	Dra. Huelten Nuri																																		
Dr. Busso Fernando	Dra. Martino María Laura																																		
Dra. Campo, Cinthia	Dr. Iscaro Fernando																																		
Dra. Cardellino Julieta	Dr. Olazarri, Diego Anibal																																		
Dra. Castellano Ricardo	Dr. Ortega Rafael Ignacio																																		
Dr. Ciacci Paola Lorena	Dra. Patoco Evangelina																																		
Dra. Clerci Bárbara	Dr. Soldi Aldo René																																		
Dr. Clua Daniel																																			

**OBSERVACIONES:**

(\*) Según padrón de beneficiarios que se valida electrónicamente.

(1) De todo tipo (Particular o de Instituciones) con membrete; Recetarios sin membrete (por ejemplo: recetarios en blanco, de publicidad de medicamentos, etc.) siempre y cuando conste con alguna identificación de la Institución, de lo contrario NO se aceptan.

Recetarios electrónicos con la prescripción preimpresa, siempre y cuando cuenten con firma y sello original del profesional y cumplan con el resto de las normas de atención vigentes.

Los recetarios de PMI, Patologías crónicas y Anticonceptivos no requieren autorización previa.

(2) Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto y/o la denominación de la entidad haya sido omitida por el profesional, la farmacia debe repetirlo al dorso, en forma clara y correcta indicando junto al número consignado por el médico la frase "ver al dorso".

(3) Los envases de tamaño único son considerados chicos. Si el médico no especifica cantidades se entregará el envase de menor contenido, si indica la palabra "grande" se entregará la presentación siguiente a la menor, si equivoca la cantidad y/o contenido se entregará el tamaño inmediato inferior al indicado.

(4) Debe indicarse en el sistema de validación On Line que la receta corresponde a Tratamiento Prolongado.

(5) Los productos incluidos en los Vademécum de Patologías Crónicas y Anticonceptivos pueden ser dispensados con el descuento general del beneficiario, cuando éste no se encuentre habilitado para dichas coberturas en el sistema de validación on line.

**El afiliado presentará:**

- Documento de identidad (DNI, LC, LE)
- Credencial definitiva o provisoria (según muestras)
- En caso de que el beneficiario no figure habilitado según validación on line pero presenta la credencial provisoria (similar a las definitivas pero en papel - ver muestra) deberá ser atendido normalmente, adjuntando una copia a la receta para su presentación. Verificar fecha de vencimiento al momento del expendio.
- 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 Entidad (en caso de que el recetario no sea el oficial de la Entidad).
- Nombre y Apellido del paciente.
- N° de afiliado (2).
- Medicamentos recetados por principio activo, indicando una marca sugerida incluida en el Vademécum. Se rechazarán recetas que no presenten Principio Activo. Si el profesional indica una marca sugerida excluida del Vademécum, la farmacia debe efectuar el remplazo correspondiente respetando principio activo, concentración y forma farmacéutica.
- Cantidad de cada medicamento en números y letra.
- Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
- Firma y sello con número de matrícula y aclaración del profesional.
- Fecha de prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.
- No se aceptan enmiendas sobre corrector líquido.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

- Adjuntar los **troqueles** del siguiente modo:
  - De acuerdo al orden de prescripción
  - Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
  - Adheridos con goma de pegar (no broches, no cinta adhesiva).
- Adjuntar comprobante de validación donde figure fecha de dispensa, importes totales, a cargo del beneficiario y de la obra social; de lo contrario la receta deberá ser valorizada.
- Importes unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad y totales. En caso de imprimir el ticket de validación puede no valorizarse la receta.
- Sello de la Farmacia y firma del farmacéutico.
- 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.

**Importante:** Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

### Credencial



### Modelo de autorización

**Prevención  
Salud**

Autorización PMO

N° Autorización: 70467

*Afiliado*

*N° Credencial*

*Fecha Autorización*

*Condición de IVA*

*Diagnóstico*

*Demandante*

*Efeotor*

*Lugar de Atención*

*Productos*

Código	Producto	Cantidad
-49374	NUTRIBABY AR lata x 400 g	10

*Observaciones*

Se autoriza NUTRIBABY AR lata x 400 g 10 latas. Cobertura 100%

Firma del Afiliado  
DNI 54775338

Prevencción  
Salud  
Dra. EVANGELINA IÑÉS PATOCO  
MÉDICO ASesor CORPORATIVO