



**OBRA SOCIAL:
OSDOP**

Nombre Completo: Obra Social de Docentes Particulares
Nº CUIT 30-52923267-1 Cod. O.S. 10.630
Domicilio: Av. Corrientes 550 entre piso – Ciudad Autónoma de Bs. As.

<p>PLANES:</p> <table border="0"> <tr> <td>OS:</td> <td>Afiliado:</td> </tr> <tr> <td>AMBULATORIO 40 %-50%-100%</td> <td>resto</td> </tr> <tr> <td>P.M.I. 100%</td> <td>---</td> </tr> <tr> <td>EXCEPCION (F5) 40%-70%-100%</td> <td>resto</td> </tr> <tr> <td>PATOLOGÍAS CRONICAS (1) 70 %</td> <td>30%</td> </tr> </table> <p>Otros: NO</p> <p>TIPO DE RECETARIO:</p> <p>OFICIAL: SI OTROS: SI (*)</p> <p>Aclaración: en los casos que al lado del nombre del afiliado figure la sigla CMD, debe efectuarse el descuento del coseguro, de corresponder, verificando previamente la norma de atención de CMD.</p> <p>(*) Se aceptarán recetarios particulares solamente, en aquellos casos que estén acompañados del F5 debidamente autorizado con sello y firma en original, del personal de la Obra Social.</p> <p>VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos de la fecha de prescripción a la dispensa. Cuando cuenten con autorización Previa de la O. Social se deberá contar el mismo lapso pero a partir de la fecha de autorización.</p> <p>VALIDEZ DEL RECETARIO: 90 días entre la emisión y la prescripción.</p> <p>TROQUELADO: SI Completo (Nº y código de barra)</p> <p>FECHA DE DISPENSA: SI</p> <p>ACLARACIÓN FIRMA MÉDICO Y Nº MAT.:</p> <p>Sello: SI Manuscrito: NO (solo si el sello es ilegible)</p> <p>ENMIENDAS SALVADAS:</p> <p>Por el Médico: SI Por el Farmacéutico: SI Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI</p> <p>DEL RESUMEN:</p> <p>Planilla: On Line Cantidad: 1 (una). Presentación: Mensual.</p> <p>Las recetas deben venir foliadas en el margen superior izquierdo y todos los planes deben ser volcados en una sola planilla de facturación y colocados en un solo paquete.</p> <p>VALIDACION OBLIGATORIA</p> <p>COBERTURA DEL SERVICIO: En toda la Pcia. Bs. As.</p>	OS:	Afiliado:	AMBULATORIO 40 %-50%-100%	resto	P.M.I. 100%	---	EXCEPCION (F5) 40%-70%-100%	resto	PATOLOGÍAS CRONICAS (1) 70 %	30%	<p>DIAGNOSTICO: El prescriptor deberá colocarlo en cada renglón (Cuando es el mismo se debe repetir en cada R/p), puede consignarse según Clasificación CIE-IX/CISAP o bien de modo literal con letra clara, el correspondiente al cuadro clínico que presenta el paciente.</p> <p>DE LA PRESCRIPCIÓN</p> <p>FORMA FARMACÉUTICA: Se deberá consignar del siguiente modo: amp. (ampollas); comp. (comprimidos); Ov. (Óvulos); tab. (tabletas); Jbe. (jarabe); sol (solución); Cma. (crema); Pda. (Pomada); etc.</p> <p>DOSIS/UNIDAD (Concentración) Es la cantidad de principio activo que tiene cada unidad de toma: mg x comprimido; mg x supositorio; mg x 5 ml ; UI x amp. etc.</p> <p>DOSIS DIARIA: es la cantidad de Unidades por día que debe recibir el paciente (1, 2 o 3 comp.) o dosis total por toma (Ej. 1000 mg)</p> <p>DURACIÓN DEL TRATAMIENTO en días: Se deberá consignar los días de tratamiento. La duración del tratamiento será de hasta 30 DÍAS. Dosis únicas marcará 1 día</p> <p>ANTIINFECIOSOS de Uso Sistémico y ACICLOVIR del Formulario: 7 (siete) días por receta y por R/P.</p> <p>La cantidad de envases a dispensar será la que resulte coincidente o próximo, con la cantidad total de unidades calculadas a partir de la dosis diaria y la duración del tratamiento indicados.</p> <p>RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:</p> <p>Se reconocerán en todos los planes los medicamentos, <u>prescritos por nombre genérico</u>, cuyas drogas se encuentren incluidas en el FORMULARIO TERAPÉUTICO de OSDOP con una cobertura que se corresponde con el 40%, 50%, 70% o 100% y para el Plan P.M.I. la cobertura es del 100% del precio de venta público del Manual Farmacéutico o Agenda Kairos.</p> <p>PLAN EXCEPCIÓN: OSDOP podrá autorizar diferentes montos o porcentajes a reconocer, medicamentos excluidos de su Formulario Terapéutico, y tratamientos para más de 30 días, adjuntando el Formulario F5 en original o fotocopia, con firma y sello en original del personal de la Obra Social, aclarando que el Formulario F5 debe facturarse acompañado del recetario correspondiente y el <u>único</u> porcentaje que autoriza <u>el reconocimiento de cobertura</u> es el indicado en el casillero “%Cob”.</p>
OS:	Afiliado:										
AMBULATORIO 40 %-50%-100%	resto										
P.M.I. 100%	---										
EXCEPCION (F5) 40%-70%-100%	resto										
PATOLOGÍAS CRONICAS (1) 70 %	30%										

ANEXO INFORMACIÓN Nº 49/12 – S.U.

Observaciones:

(1) Para acceder al mencionado descuento, son condiciones necesarias tanto que el beneficiario figure en el padrón respectivo, como la entrega de la receta en formularios oficiales de LA OBRA SOCIAL, cabe aclarar que el beneficiario podrá también acceder al descuento mediante presentación del FORMULARIO F5 “SOLICITUD DE AUTORIZACION PREVIA”, aunque no se encuentre incluido en el padrón. Se reconocen todos aquellos medicamentos que figuren en el vademécum con cobertura del 70%, el resto se dispensará con la cobertura correspondiente (40%, 50% ó 100%)

- El afiliado o tercero al retirar la medicación deberá colocar en la receta: firma, aclaración, domicilio y DNI.

- Odontólogos sólo podrán prescribir medicamentos de su especialidad.
- No se reconocerán medicamentos que no tengan relación con la edad y/o sexo del paciente.
- Las recetas del P.M.I. deben estar identificadas con sello P.M.I. o leyenda preimpresa en el recetario.
- Cobertura del P.M.I.: Para la madre desde el Diagnóstico hasta 30 días posteriores al parto. Para el niño: hasta el año de vida.

IMPORTANTE: Adjuntar copia de ticket o comprobante de validación donde consten los precios unitarios y totales, caso contrario la receta deberá ser valorizada, aclarando que la firma del afiliado solo debe figurar en la receta.