



OBRA SOCIAL: OSPENA
Nombre Completo: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL NAVAL
Nº de CUIT: 30-58737574-1 Cód. de O.S.:11340
Dirección: Pasaje Juan de Dios Filiberto 914 – (1162) C.A.B.A.

<p>DESCUENTO:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">O.S</th> <th style="text-align: left;">Afiliado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Común 40%</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>Patologías Crónicas 70%</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>PMI 100%</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>ANTICONCEPTIVOS 100%</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>Autorizados 70%-100%</td> <td>30% - --</td> </tr> <tr> <td>Otros:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>TIPO DE RECETARIO: Oficial: SI Otros: SI (Agremiación médica, particulares, etc.)</p> <p>VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días a partir de la fecha de prescripción.</p> <p>TROQUELADO: SI (completo con número y código de barra)</p> <p>FECHA DE EXPENDIO: SI</p> <p>ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nro. DE MATRICULA: Con sello: SI Manuscrito: NO (salvo que sea ilegible el sello)</p> <p>ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES: Letras: si Números: si</p> <p>ENMIENDAS SALVADAS: 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>DEL RESUMEN: Carátula: on line Cantidad: Una Presentación: Mensual</p> <p>Facturación: hasta dos meses contados a partir de la fecha en que debieron ser presentadas. Refacturación: 60 días corridos a partir de haber recibido la receta observada.</p> <p>COBERTURA DEL SERVICIO: Toda la provincia de Buenos Aires.</p> <p>DE LA PRESCRIPCION: Cantidad Máxima de:</p>	O.S	Afiliado	Común 40%	60%	Patologías Crónicas 70%	30%	PMI 100%	-----	ANTICONCEPTIVOS 100%	-----	Autorizados 70%-100%	30% - --	Otros:		<p>PRODUCTOS DISTINTOS POR RECETA: hasta tres productos de distinto principio activo. UNIDADES POR RENGLÓN: hasta dos</p> <p>UNIDADES POR TAMAÑO: 1 (uno) solo envase grande o mediano por receta si se encuentra prescripto como tal.</p> <p>Antibióticos inyectables: Monodosis: cinco (05) por receta Multidosis: uno (01) por receta</p> <p>RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS: Común: Se reconocerán únicamente los medicamentos prescriptos por nombre genérico (conforme a las disposiciones legales vigentes) que figuran en Manual Farmacéutico o Revista KAIROS con las siguientes <u>exclusiones</u>: Medicamentos de venta libre Recetas magistrales Productos cosméticos y de perfumería IMPORTANTE: no se reconocerán medicamentos ONCOLOGICOS, ni de HIV, ni patologías de baja incidencia y alto costo.</p> <p>Patologías Crónicas: se reconocerán los productos prescriptos por nombre genérico, cuyas drogas se encuentren incluidas en el vademécum de OSPENA, realizado en base al PMOE Resolución 310/04 y 758/04 y sucesivas modificaciones que surjan del organismo de contralor de los agentes de salud (Superintendencia de Servicios Sociales y MSAS).</p> <p>PMI: se reconocerán aquellos medicamentos que figuren en Manual Farmacéutico, con cobertura del 100% en receta autorizada (sello OSPENA + sello PM + firma autorizada al dorso de la receta). La cobertura del 100% rige para la madre desde el diagnóstico de embarazo hasta 30 días posteriores al parto y para el niño desde su nacimiento hasta el año de vida.</p> <p>Anticonceptivos: se reconocerán los anticonceptivos prescriptos por nombre genérico que figuren en Manual Farmacéutico, previa autorización de OSPENA. Autorizados: Podrán expendirse recetas que no cumplan con los requisitos establecidos en esta norma operativa, con el 70% o 100% de cobertura, debiendo figurar en la receta la autorización de la Obra Social y el porcentaje autorizado al dorso de la misma.</p>
O.S	Afiliado														
Común 40%	60%														
Patologías Crónicas 70%	30%														
PMI 100%	-----														
ANTICONCEPTIVOS 100%	-----														
Autorizados 70%-100%	30% - --														
Otros:															
OBSERVACIONES VER AL DORSO															

Dorso de:
OSPENA

OBSERVACIONES:

Documentación que deberá presentar el afiliado/beneficiario al momento de la dispensa: receta y carnet de la Obra Social.

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

- Nombre y Apellido del beneficiario.
- N° de afiliado de OSPENA
- Medicamentos recetados.
- Firma, aclaración y sello con número de matrícula del profesional.
- Fecha de prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

- Adjuntar los troqueles en perfecto estado del siguiente modo:
 - De acuerdo al orden de prescripción.
 - Incluyendo el código de barras.
 - Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).
 - Si no tiene troquel, colocar código de barra o la sigla S/T con firma de conformidad del afiliado.
- Fecha de Venta.
- Adjuntar copia de ticket o presupuesto 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. Las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario.
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma y aclaración del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo. En el caso de recetarios oficiales, además deberá indicar el domicilio.
- Las enmiendas de precios deberán ser salvadas por el farmacéutico y por la persona que retira los medicamentos.