Normas de atención

Ospical

FACAF
FEDERACIÓN ARGENTINA
DE CÁMARAS DE FARMACIAS

facaf.org.ar | Av. Madero 942, P. 12 | CABA 11 5912-4316

VALIDACIÓN ON LINE OBLIGATORIA

INGRESANDO AL SITIO: https://sinval.ddaval.com.ar

DESCUENTO A CARGO OSPICAL

		AUTORIZACION
GENERAL	40% de descuento para los medicamentos incluidos en el Vademécum de OSPICAL .	NO
PMI	100% de descuento para los medicamentos incluidos en el Vademécum de OSPICAL	NO Solo con leyenda "Plan Materno Infantil"
CRÓNICOS	70-100% para los medicamentos incluidos en el Vademécum.	NO Con recetario Especial (1)
DIABETES	100% para los medicamentos incluidos en el Vademécum.	NO Con recetario Especial (1)
ANTICONCEPTIVOS	100% para los medicamentos incluidos en el Vademécum.	NO Con recetario Especial (1)
DISCAPACIDAD	Solo mediante autorización de OSPICAL.	SI

(1) En los casos que el beneficiario concurra con una receta comun solo tendrá derecho al 40%, salvo que este autorizado previamente.
Los planes que no requieran autorización solo incluyen los productos incluidos en el vademecum de OSPICAL.

DOCUMENTACION DEL BENEFICIARIO
Credencial, Documento de Identidad y Receta

RECETARIO	
TIPO	Convencional / Oficial en los planes Crónicos y Anticonceptivos
VALIDEZ	30 (treinta) días corridos, incluyendo la fecha de prescripción.

Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:

- Nombre de la Entidad.
- Apellido y Nombre del Beneficiario.
- Número de Beneficiario (según consta en credencial).
- Prescripción del medicamento por su nombre genérico.
- Las recetas deberán contener la forma farmacéutica y potencia de cada uno de los medicamentos prescriptos.
- Cantidad recetada: Números y letras.
- Diagnóstico.
- Tratamiento prolongado (cuando corresponda).
- Plan Materno Infantil (cuando corresponda).
- Firma del profesional.
- Sello, firma y matricula.

LÍMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES	2 (dos)
POR RECETA	Hasta 2 (dos) envases
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS	Hasta 5 (cinco) por receta.
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS	Hasta 1 (uno) por receta
TRATAMIENTO PROLONGADO	Hasta 2 (dos) unidades, con leyenda Trat Prolongado.

LÍMITES DE TAMAÑO

Hasta uno por renglón de los tamaños incluidos en el VDM, cada uno de ellos deberá ser de distinto principio activo.

OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el medico NO indica tamaño, debe etregarse el de menor contenido.
- Cuando el medico solo indica GRANDE, debe entregarse el tamaño siguiente al menor.
- Cuando el medico equivoca cantidad, debe entregarse el tamaño inmediato inferior.

PSICOFÁRMACOS

El profesional debe confeccionar además un segundo recetario de acuerdo a las normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia.

PLAN MATERNO INFANTIL

100% de descuento para los medicamentos incluidos en el VADEMECUM de OSPICAL, no necesitan autorización.
Solo medicamentos relacionados a la patología del embarazo o recién nacido.

Madre: Desde el momento del diagnostico de embarazo hasta 30 (treinta) días posteriores la parto.
Niño: Hasta el primer año de vida. La edad se deberá constatar solicitando el documento de identidad.
Las recetas deberán contener la leyenda PLAN MATERNO INFANTIL

MEDICAMENTOS FALTANTES

Si por cualquier motivo en la farmacia falta el o los productos recetados, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 Hs. de haber sido requeridos por el beneficiario, quien debe conocer tal condición para adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

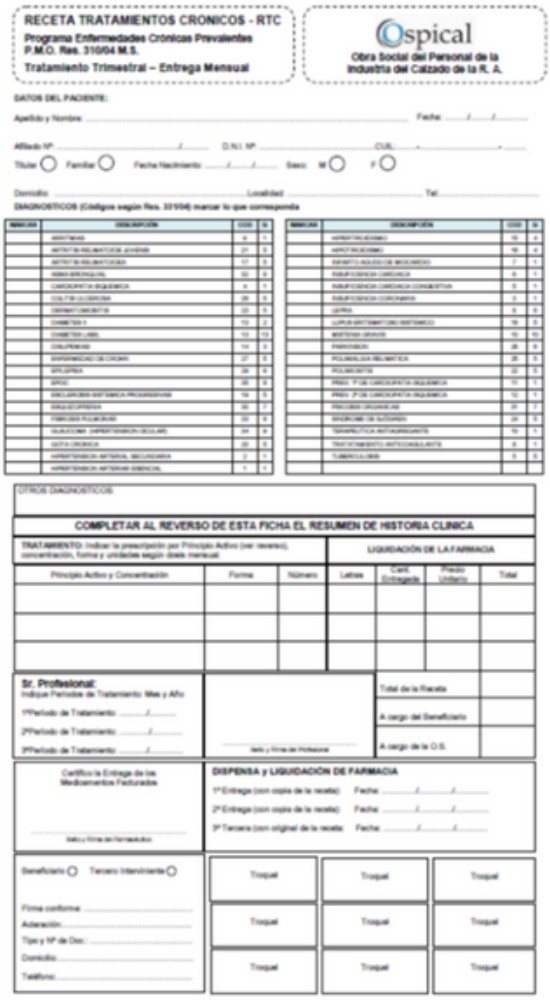


- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
  1. De acuerdo al orden de prescripción.
  2. Incluyendo el código de barras.
  3. Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido que dificultan la lectura del código de barras).
- Nº Orden: Cada receta deberá ser numerada correlativamente a partir 001 por lote de liquidación presentada.
- Fecha de Venta.
- Cantidad de entrega: Se indicará la cantidad (en números) de envases entregados.
- Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos), las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario.
- Importe Parcial: valor que surja de multiplicar cantidad por valor indicado.
- Porcentaje: tipo de plan 40%, 70%, PMI (100%) y anticonceptivos (100%).
- A cargo de la obra social: importe que surja luego de aplicar los descuentos correspondientes a cada plan.
- Total de la receta 100%: sumatoria de los importes parciales sin aplicar los descuentos.
- A cargo de beneficiario: importe total a cargo del beneficiario coincidente con la emisión del ticket de venta.
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento.
- Adjuntar copia del ticket de venta a la receta. En caso de no poder hacerlo notifique por escrito las razones. Dicha información quedará en el legajo de la farmacia.

CRONICO 70% - 100% - ANTICONCEPTIVOS

Recetario para tratamiento trimestral con entrega mensual (ver modelo)
Según descuento indicado en el vademecum.

- Oficial: SI
- Autorización: NO (cuando los productos estén incluidos en el vademecum)
- Particular: NO (solo se tomarán como válidos para los productos incluidos en el vdm y la cobertura será del 40%, salvo que adjunte autorización correspondiente)


RECETA TRATAMIENTOS CRONICOS - RTC
Programa Enfermedades Crónicas Prevalentes
P.M.O. Res. 310/04 M.S.
Tratamiento Trimestral – Entrega Mensual

Ospical
Obra Social del Personal de la Industria del Calzado de la R. A.

COMPLETAR AL REVERSO DE ESTA FICHA EL RESUMEN DE HISTORIA CLINICA


ANTICONCEPCION - Cobertura 100%
RTCA - P.M.O. Res. 310/04 M.S.
- Tratamiento Trimestral
- Entrega Mensual

Ospical
Obra Social del Personal de la Industria del Calzado de la R. A.

PRINCIPIOS ACTIVOS

PRINCIPIOS ACTIVOS
DESOGESTREL
ETINILESTRADIOL entre 0,015 y 0,035 mgr. + ACETATO DE CIPROTERONA 2 mgr.
ETINILESTRADIOL entre 0,015 y 0,035 mgr. + DESORGESTREL 0,15 mgr.
ETINILESTRADIOL entre 0,015 y 0,035 mgr. + GESTODENO 0,06/0,75 mgr.
ETINILESTRADIOL entre 0,015 y 0,035 mgr. + LEVONORGESTREL entre 0,10 y 0,30 mgr.
ETINILESTRADIOL entre 0,015 y 0,035 mgr. + NORGESTIMATO 0,250 mgr.
ETINILESTRADIOL entre 0,03 y 0,04 mgr. + GESTODENO 0,05-0,1 mgr.
ETINILESTRADIOL entre 0,03 y 0,04 mgr. + LEVONORGESTREL entre 0,05 y 0,125 mgr.
LEVONORGESTREL 0,030 mgr.
LINESTRENOL 0,5 mgr.

SR. PROFESIONAL:
CERTIFICO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS
DISPENSA y LIQUIDACIÓN DE FARMACIA
DATOS A COMPLETAR

Normativa para la dispensa:

- La receta Tratamiento Crónico RTC o RTCA, tendrá una validez para tres entregas mensuales.
- El beneficiario deberá acercarse a la delegación de la Obra Social mas proxima a su domicilio a fin de solicitar la RTC o RTCA en la cual el médico tratante completara todos los datos solicitados en la misma.
- La prescripción se realizará según los principios activos cubiertos indicando la dosis mensual válido para el tratamiento de tres meses
- El beneficiario concurrirá a la farmacia de la red habilitada para tal destino con la RTC o RTCA, DNI y CREDENCIAL.

CRONICO 70% - 100% - ANTICONCEPTIVOS

Normativa para la dispensa:

- La farmacia deberá dispensar por periodo mensual el tratamiento según el siguiente esquema:

1º Periodo: se realizará fotocopia de la RTC o RTCA y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.
2º Periodo: se realizará fotocopia de la RTC o RTCA y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.
3º Periodo: se dispensa y retiene la RTC o RTCA original.

- A partir del tercer periodo, el beneficiario deberá concurrir nuevamente la médico tratante para gestionar una nueva RTC trimestral y así sucesivamente.
- En caso de cambio de medicación durante el trimestre, el beneficiario deberá concurrir nuevamente a la delegacion mas proxima a su domicilio a fin de confeccionar una nueva RTC o RTCA.

Solo se reconocerán los medicamentos incluidos en el vademecum de la obra social.

AUTORIZACIONES ESPECIALES

- Productos reconocidos: Solamente los incluidos en el vademecum de OSPICAL.
- Productos fuera del vademecum o descuentos superadores solo con Autorización de la obra social o Sistema de Auditoría Ensalud.

FIRMA POR PARTE DE OSPICAL DRA. CLAUDIA LEANZA

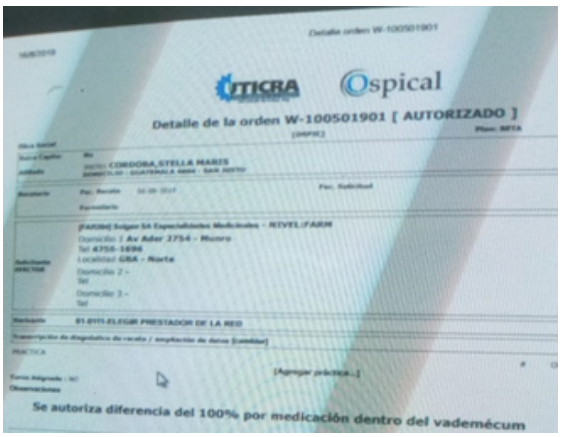

Ospical

Solicitud de Medicación

Nº de Pedido: 52239 Fecha: 18/07/2019
Apellido y Nombre: SANTILLAN LILIANA Fecha Nacim: 27/02/1968
Nº de Afiliado: 016876 D.N.I.: 20.523.155 C.U.I.L. 27-20523155/8
Domicilio: BERNARDO DE IRIGOYEN 422 Telefono: 15402203
C.P.: 6550 Localidad: BOLIVAR
Prestador: 7 SOLGEN S.A. Usua. Alta CRI
Patología: 16070 HIPOTIROIDISMO
Droga: LEVOTIROXINA SODICA
Presentación: 150mcg Comp. X 50 Cantidad: 1 Cobertura: 70 %
Droga: LOSARTAN
Presentación: 50mg Comp. X 30 Cantidad: 1 Cobertura: 70 %
Droga: GESTODENO + ASOC.
Presentación: COMP.X 21 Cantidad: 1 Cobertura: 100 %
Observación:
COBERTURA julio 2019

DRA. CLAUDIA LEANZA
Entregar en: Autorizado

MODELO DE AUTORIZACION AUDITORIA ENSALUD OSPICAL



MODELOS DE CREDENCIALES

En los casos en que el afiliado no concurriera personalmente, podrá hacerlo un tercero por él, munido de la credencial, su documento de identidad y el del beneficiario. El afiliado o en su caso el tercero, firmará la receta en prueba de conformidad de los medicamentos dispensados.



