

PLANES ESPECIALES – AUTORIZACION 100%

	A CARGO ENTIDAD	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
PLANES ESPECIALES (*1)	100%	----	MANUAL FARMACEUTICO

CREDENCIAL y DNI (*2)

Definitiva: SI (PERTENECIENTES A OTRAS ENTIDADES MEDICAS (SWISS MEDICAL, OMINT, ETC) + CREDENCIAL OSPOCE

Provisoria: NO

TIPO DE RECETARIO (*3)

Oficial: NO

Particular: SI

VALIDEZ DE LA RECETA: 31 días corridos

PSICOFARMACOS

Duplicado: SI

Fotocopia: NO

ACLARACIÓN FIRMA MEDICO Y N° MATRICULA

Con sello: SI

Manuscrito: NO

ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES

(cuando supere la unidad)

Letras: SI

Números: SI

LIMITACIONES CANTIDAD

Lo que se encuentra autorizado en la Solicitud del Medicamento Ambulatorio y/o en el padron de planes especiales, coincidente con la receta médica.

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por la farmacia: NO

Por el afiliado: SI (errores de expendio)

PRESENTACION (*4)

(*1) PLANES ESPECIALES

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando indistintamente a <http://cronicos.nutrar.com>, <http://validacionesag.com/> o bien a través de los sistemas de facturación integrados.

Les rogamos prestar especial atención a los principios activos y cantidades autorizadas, debido a que dichos consumos son monitoreados por el **Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas prevalentes (Nutrar)**. Ante cualquier consulta inherente a lo mencionado, podrán comunicarse al **0810-345-6887**.

Hasta una próxima comunicación, el afiliado también podrá presentar el FORMULARIO DE AUTORIZACION (ver modelo en página 4) para retirar sus medicamentos.

- Es valida la atención para asociados a otras coberturas médicas (Swiss Medical, OMINT, etc.). El afiliado deberá presentar la **prescripción médica ORIGINAL**.
- **La autorización emitida** validará cualquier incumplimiento de los requisitos expresados en la presente norma de atención. **El mismo podrá ser presentado en original, copia, impresión escaneada o FAX.**
- En caso de presentar formulario, deberá contar **OBLIGATORIAMENTE** con la firma y sello de alguno de los siguientes MEDICOS AUDITORES:

PLANES ESPECIALES – AUTORIZACION 100%

Listado de Auditores médicos - Autorización con firma y sello institucional

AUDITORIA MEDICA OSPOCE

Marcelo del Prado

Fernando Montenegro

Mónica Di Lorenzo

Raul Bujan

Karina Ferrari

Juan José Folgar

Miriam Garcia

Nelly Romero

Claudia Tombazzi

Carlos Cozzani

Ricardo Ferrari

EXCEPCION: En caso que en el formulario se exprese la leyenda “**RECETA EN PODER DE AUDITORIA MEDICA**”, el beneficiario podrá presentar copia de la prescripción original.

(*2) CREDENCIAL

El beneficiario deberá presentar DNI, LC o LE, **credencial especial OSPOCE (ver modelo debajo) y credencial definitiva de su PREPAGA (SWISS MEDICAL, OMINT, ETC.)**.

No es necesaria la concurrencia del beneficiario en persona. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona con la documentación solicitada.

 <p><i>Un aporte bien hecho</i></p> <p>Número de Credencial: 00040613937718 BLANCO, RAQUEL Documento: 13937718 - Fecha de Nacimiento: 11/04/1960 Plan Especial: Medicación Discapacidad Validez de la Cobertura Desde: 03/05/2019 - Hasta: 30/10/2019 Obra Social del Organismo de Control Ext TEST</p> <p>https://www.ospoce.com.ar/areas/auditoria.asp</p>	 <p>0810-345-6887</p>  <p>Nutrar - Centro de Cronicidad</p> <p>Acompañe esta credencial con RECETA ORIGINAL Y DNI</p> <p>S.S.Salud 0800-222-salud (72583) www.sssalud.gov.ar - RNOS 000-406</p>
---	--

(*3) RECETARIO

Serán válidas las recetas de cualquier tipo (Oficial, Particular o de Instituciones, Emergencias Médicas y Hospitales Públicos).

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

- Fecha de prescripción.
- Nombre y Apellido del asociado.

PLANES ESPECIALES – AUTORIZACION 100%

- Número de DOCUMENTO DE IDENTIDAD (*).
- Denominación de la Entidad.
- Medicamentos recetados consignando OBLIGATORIAMENTE su principio activo o nombre genérico.
- Cantidad de cada uno.
- Firma, sello aclaratorio y número de matrícula.

Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción deben estar salvadas por el profesional con su firma y sello.

(*) Cuando en una receta no esté el número de documento del beneficiario o el mismo sea poco legible o se encuentre incompleto y/o la denominación haya sido omitida por el profesional, la farmacia debe repetirlo al dorso en forma correcta, indicando junto al número consignado por el médico la frase "ver al dorso". El beneficiario deberá firmar nuevamente como prueba de conformidad.

Datos a completar por la farmacia:

- Fecha de venta.
- Troqueles (por orden y adheridos con goma de pegar). Si no contiene adjuntar código de barras.
- Importe total, a cargo de Entidad y beneficiario.
- Ticket fiscal, documento no fiscal HOMOLOGADO o facturas A, B o C.
- Sello de la farmacia y firma y sello del farmacéutico
- Firma de quien retira los medicamentos.
- Numero de Orden correspondiente, conforme al número de solicitud de medicamento ambulatorio.

- Serán válidas las recetas preimpresas (confeccionadas en formato digital) con la firma del médico prescriptor realizada tanto en **finta de lapicera y/o birome**, como en **formato digital**.

(*4) PRESENTACION

Las facturaciones se deberán presentar conforme el siguiente esquema:

- 100% OSPOCE PLANES ESPECIALES

Asimismo, les recordamos que las recetas de cada plan deberán encontrarse numeradas en forma correlativa.

MEDICAMENTOS FALTANTES

Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos prescritos, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a retirarlos una vez haya transcurrido dicho plazo. En este caso la farmacia no debe retener la receta.

MODELO DE FORMULARIO DE AUTORIZACION



OBRA SOCIAL DEL ORGANISMO DE CONTROL EXTERNO

Bartolomé Mitre 1523 – (C1037ABC) Ciudad de Buenos Aires
TEL (011) 5510-5179/5184 – Fax: 5510-5186 CUIT: 30-65731497-4

SOLICITUD MEDICACION AMBULATORIA N° 932.738

Fecha de Solicitud: 04/02/2019

NRO DE CREDENCIAL OSPOCE: 000406 +DNI BENEFICIARIO.

- Nº de Afiliado Titular: / cuil del titular

- Fecha vencimiento CUD:

- Nº de Reintegro: 932.738

- Prestador: OSPOCE INTEGRAL

- Plan: Plan Medico Obligatorio Mor

- Beneficiario: **MMAPU 13/02/1972**

- Nro doc. Beneficiario: C.U.I.L. Beneficiario:

Verificar que los datos coincidan con la prescripción.

Médico solicitante: DR. TRONCOSO, ALCIDES M.N.88599 M.P.

Código	Monodroga	Presentación	Detalle	Cant.	Observación
10106	efavirenz	600 mg comp.x 30	efavirenz: 600mg	1	
10422	emtricitabina+tenofoviridisoprox.	comp.rec.x 30	tenofovir disoproxil: No Clasificada+emtricitabina: No Clasificada	1	
8401	sulfametoxazol+trimetoprima	comp.x 10	trimetoprima: 160mg+sulfametoxazol: 800mg	3	
244	azitromicina	500 mg comp.x 5	azitromicina: 500mg	3	

Recetas ORIGINALES: **En poder de Afiliado**

.....
Firma y sello MEDICO AUDITOR