

Norma de Atención N°: 5573

Vigencia: **13/09/2023**

	A CARGO O.S.	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE	VALIDACION ONLINE
AMBULATORIO(*)	40%	60%	VADEMECUM	SI
CRONICIDAD (*)	70%	30%	VADEMECUM	SI
PLAN MATERNO INFANTIL (*)	100%	----	VADEMECUM	SI
AUTORIZACIONES ESPECIALES (*1)	VARIABLE	VARIABLE	MANUAL FARMACEUTICO	NO

CREDECIAL

Oficial: SI – Ver Modelos

Provisoria: No

- **Medicación inyectable monodosis:** Hasta cinco (5) unidades.

PLAN CRONICIDAD: lo indicado en la validación.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

LIMITACIONES TAMAÑO

Si indica: Lo requerido

Si no indica: El menor

Si indica la palabra “Grande”: El siguiente al menor

Si erra el contenido: El inmediato inferior al indicado

TIPO DE RECETARIO (*2)

Oficial: SI

Particular: SI

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días desde la fecha de prescripción.

ESPECIALIDADES EXCLUIDAS:

TODOS PRODUCTOS QUE NO SE ENCUENTRE INCLUIDO EN EL VADEMÉCUM

PSICOFARMACOS:

Duplicado: SI

Fotocopia: NO

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por el afiliado: SI (errores de expendio)

Por la farmacia: SI (*3)

ACLARACIÓN FIRMA MEDICO Y N° MATRICULA

Con sello: SI

Manuscrito: NO

FACTURACION Y REFACTURACION: Ver normas generales de atención y presentación.

ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES

Letras o Números: SI

LIMITACIONES CANTIDAD

- Hasta tres (3) especialidades por receta y hasta dos (2) unidades por especialidad.

Toda receta y/o prescripción médica u odontológica debe efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase y concentración.

(*) AMBULATORIO 40% / CRONICIDAD 70% / PMI 100%

IMPORTANTE:

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

FORMATO DE CREDENCIAL PARA VALIDACION: 000000000X/0X

(*1) AUTORIZACIONES ESPECIALES

La receta deberá contar con la autorización de la Entidad. Ver detalle a continuación:

OSCEARA Central

Dra. Amalia Codellio (Directora Médica)
Dr. Lucio Cabello (Auditor médico) OSCERA Central
Sr. Mauro Iavarone (Administrativo OSCEARA central)

Santa Fe

Sra. Claudia Ramírez (encargada de delegación Rosario)
Sta. Romina Dibiagi (delegación administrativa Rosario.)

Córdoba

Sra. Guadalupe Barrera (administrativa OSCEARA - Ciudad de Córdoba)

Manuel Alberti

Sr. Alejandro Corvaglia (Encargado Delegación Alberti)
Sr. Cristian Rodríguez (Administrativo Delegación Alberti)

(*2) RECETARIOS

Son válidos los recetarios con membrete pertenecientes a asociaciones médicas, hospitales, centros médicos, clínicas, sanatorios, médicos particulares, odontólogos, empresas de emergencia.

Son válidas las recetas electrónicas, conteniendo sello y firma del profesional originales.

Importante: no se deben aceptar recetarios de medicina laboral o recetarios con propaganda de medicamentos.

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

- Nombre y apellido del paciente;
- Número de afiliado
- Medicamentos recetados por principio activo;

Norma de Atención N°: 5573

Vigencia: **13/09/2023**

- Cantidad de cada medicamento;
- Firma y sello con número de matrícula y aclaración (incluso en los recetarios electrónicos);
- Fecha de prescripción;

(*3) ENMIENDAS SALVADAS POR LA FARMACIA

La farmacia solo se podrá salvar uno de los datos del afiliado: el nombre y apellido o el número de credencial (nunca ambos). Lo salvado deberá contener sello y firma del farmacéutico.

MUY IMPORTANTE:

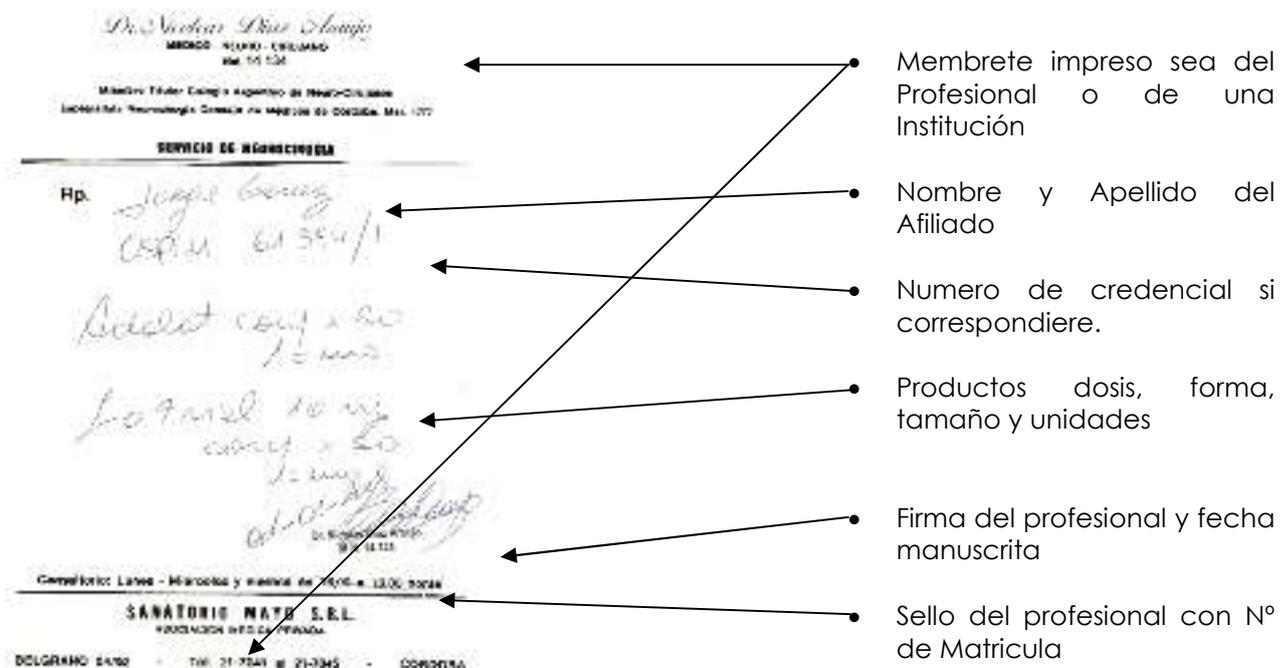
TODO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS GENERALES DE ATENCION Y PRESENTACION ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.

MODELO DE CREDENCIAL



Norma de Atención N°: 5573
Vigencia: 13/09/2023

EJEMPLO DE LOS DATOS QUE DEBEN FIGURAR EN EL RECETARIO



The image shows a handwritten medical prescription form with several fields and arrows pointing to them from a list of requirements on the right:

- Membrete impreso sea del Profesional o de una Institución:** Points to the top header of the form, which includes the name 'Dr. Nicolas Luis Sampedro', his specialty 'MEDICO NEUROLOGO - EPILPTICO', and his institution 'Hospital Neurologico Central de MAR DEL PLATA - DORSIDA, MAR DEL PLATA'.
- Nombre y Apellido del Afiliado:** Points to the 'Hp.' field where 'Jorge Gomez' is written.
- Numero de credencial si correspondiere:** Points to the handwritten number '61394/1'.
- Productos dosis, forma, tamaño y unidades:** Points to the handwritten prescription details: 'Biciclat 10mg x 20 10mg' and 'Lorazepam 10mg comp x 20 10mg'.
- Firma del profesional y fecha manuscrita:** Points to the handwritten signature and date '13/09/2023'.
- Sello del profesional con N° de Matricula:** Points to the circular professional stamp at the bottom of the form.

MODELO DE CREDENCIAL – LOCALIDAD DE MAR DEL PLATA ÚNICAMENTE

