

Norma de Atención N°:

Vigencia: **01/05/2024**

PLANES (*)	A CARGO ENTIDAD	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
AMBULATORIOS	40%	60%	VADEMECUM
PLAN MATERNO INFANTIL (*1)	100%	-----	VADEMECUM
CRONICIDAD (*2)	70%	-----	VADEMECUM
AUTORIZACIONES ESPECIALES (*3)	VARIABLE	-----	MANUAL FARMACEUTICO

<b>TIPO DE CREDENCIAL</b> Oficial: SI Provisoria: SI	<b>Excepciones:</b> - Hasta uno (1) del tamaño mayor o siguiente al menor por receta. - <b>Antibióticos inyectables monodosis:</b> Hasta cinco (5) unidades. - <b>Antibióticos inyectables multidosis:</b> Hasta una (1) unidad.
<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b> SI	
<b>TIPO DE RECETARIO (*4)</b> Particular de cualquier médico: SI Otros: SI Digital/Electrónico: SI	<b>ESPECIALIDADES EXCLUIDAS</b> - PRODUCTOS DE PRESENTACION Y/O USO HOSPITALARIO O DE VENTA LIBRE (AUN CUANDO FIGUREN EN EL VADEMECUM). - TODO GENÉRICO QUE NO FIGURE EN EL VADEMECUM ( <b>Excepto con autorización previa. Ver *3</b> )
<b>VALIDEZ DE LA RECETA:</b> 30 (treinta) días contando la fecha de prescripción	
<b>PSICOFARMACOS:</b> Duplicado: SI Fotocopia: NO	<b>ENMIENDAS SALVADAS:</b> Por el médico: SI (errores de prescripción) Por el afiliado: SI (errores de expendio) Por el farmacéutico: SI
<b>ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.</b> Con sello: SI Manuscrito: NO	
<b>ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES</b> Letras: SI Números: SI	<b>PRESENTACION (*5)</b>
<b>LIMITACIONES CANTIDAD Y TAMAÑO</b> Hasta tres (3) especialidades por receta de distinto principio activo.	

**Toda receta y/o prescripción médica 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.**

### (\*) PLANES

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:

0X

Norma de Atención N°:

Vigencia: **01/05/2024**

- a) Todo medicamento con precio de venta al público, superior a **\$25.000.- (pesos veinticinco mil)** deberá contar con la autorización por parte de la Auditoría Médica de OSPIA.
- b) **VACUNAS INYECTABLES:** Deben ser dispensadas mediante la presentación de recetas autorizadas en original o copia, por Médico Auditor de OSPIA; o bien mediante el sistema de Validación on line.
- c) **LECHES MEDICAMENTOSAS:** Con el fin de estimular la lactancia materna, se dispensaran bajo expresa valoración de auditoria médica, según leyes vigentes, y con autorización de recetas por el médico auditor.

## (\*1) PLAN MATERNO INFANTIL

- a) Las recetas deberán contener la leyenda **"PLAN MATERNO INFANTIL"**.

### COBERTURAS:

**MADRE:** Desde el momento del diagnóstico y hasta 30 (treinta) días posteriores al parto.

### NIÑO:

- a) **MEDICAMENTOS:** Hasta el primer (1er.) año de vida.

### MUY IMPORTANTE:

- a) En todas las recetas **debe figurar el diagnóstico**; en el caso de PMI es válido "EMBARAZO DE XX SEMANAS" o el diagnóstico codificado de la O.M.S. No es válida la leyenda "SECRETO PROFESIONAL".

## (\*2) CRONICIDAD

- La prescripción médica presentada **tendrá validez trimestral**.
- Para la primera entrega, el afiliado deberá concurrir con **receta médica original**.
- **Para las posteriores entregas (2) se expondrán los medicamentos con copia** de la receta correspondiente a la primera entrega.

## (\*3) AUTORIZACIONES

Cualquier excepción a las presentes normas, deberá contar con la autorización de la auditoría médica de OSPIA.

**AUTORIZACIÓN PENDIENTE:** Ver Instructivo de Validación adjunto.

Norma de Atención N°:

Vigencia: **01/05/2024**

## **(\*4) RECETARIO**

Las recetas deberán contener, de puño y letra del profesional y con la misma tinta, los siguientes datos:

- Nombre de la Entidad.
- Nombre y apellido del beneficiario.
- Número de afiliado
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letras. (Si no se indica cantidad, se expenderá solamente uno).
- Forma farmacéutica y dosis de cada producto prescripto.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- Fecha de prescripción.
- Edad
- Diagnostico
- Sexo
- Troqueles y códigos de barras.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.

Asimismo, serán válidas las recetas digitales/electrónicas de acuerdo a lo dispuesto por la ley N° 27.553, y su decreto 98/2023, y modificaciones.

## **(\*5) PRESENTACIONES**

Las facturaciones se deberán presentar en lotes por separado, conforme el siguiente esquema:

- **40% AMBULATORIOS**
- **70% CRONICIDAD**
- **100% PLAN MATERNO INFANTIL**
- **AUTORIZACIONES ESPECIALES (VARIABLE)**

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

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