

	A CARGO ENTIDAD	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
AMBULATORIOS	40%	60%	VADEMECUM AMBULATORIO
PLAN MATERNO INFANTIL (*)	100%	-----	VADEMECUM AMBULATORIO

CREDENCIAL

Definitiva: SI

Provisoria: NO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI**TIPO DE RECETARIO (*1)**

Oficial: SI

Particular: SI

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos**PSICOFARMACOS**

Duplicado: SI

Fotocopias: NO

ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.

Con sello: SI

Manuscrito: NO

ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES

(cuando supere la unidad)

Letras: SI

Números: SI

LIMITACIONES CANTIDAD

Hasta dos (2) especialidades por receta y hasta una (1) unidad por especialidad.

Excepciones:**- Antibióticos inyectables monodosis:** Hasta cinco (5) unidades.**- Con "TRATAMIENTO PROLONGADO":** Hasta dos (2) envases por especialidad**LIMITACIONES DE TAMAÑO****Si indica:** Lo requerido.**Si no indica:** El menor.**Si indica "GRANDE":** El inmediato siguiente al menor.**Si erra:** El inmediato inferior al indicado.**ESPECIALIDADES EXCLUIDAS**

• PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO FIGUREN EN VADEMECUM.

AUTORIZACIONES (*2)**ENMIENDAS SALVADAS:**

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por el afiliado: SI (errores de expendio)

PRESENTACION (*3)**FACTURACION Y REFACTURACION:** Ver normas generales de atención y presentación.

Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle de grado de concentración.

(*) PLAN MATERNO INFANTIL

a) El médico deberá consignar en la receta la leyenda PLAN MATERNO INFANTIL o similar.

b) **COBERTURAS**

Para la madre: durante el embarazo y hasta 30 (treinta) días posteriores al parto.

Para el niño: hasta el primer año de vida.

(*1) RECETARIO

- La receta deberá estar completa en todos sus ítems de puño y letra del profesional prescribiente y con la misma tinta.
- Deberá contar además con firma y aclaración, tipo y número de documento y domicilio de quien retira los medicamentos.

(*2) AUTORIZACIONES

Cualquier excepción a la presente norma deberá contar con la autorización de alguna de las siguientes personas, mediante su firma y sello:

- DRA. LILIANA LOPEZ
- DRA. MARÍA EUGENIA ZORZOLI
- DRA. MIRIAM IURETIC
- DRA. ROSANA DI PACE

(*3) PRESENTACION

Los distintos descuentos se deberán facturar en lotes por separado, conforme el siguiente esquema:

- 40% AMBULATORIOS
- 100% PLAN MATERNO INFANTIL

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



MODELO DE RECETARIO

O.S.P.E.P.		N° 039667	
N° DOC. ó C.U.I.L.		SERIE A	
FECHA DE EMISION	NUMERO DE BENEFICIARIO	CAT	EDAD
APELLIDO Y NOMBRE		SEXO	M O F O
		CANTIDAD RECETADA	
		NUMERO	LETRAS
Rp.			
Rp.			
		DIAG.	
SELLO INSTITUCION		FIRMA PROFESIONAL	

COD. PROFESIONAL O INSTITUCION		SERIE	RECETAN°	CODIGO OBRA SOCIAL	RNOS 1 - 1390
FECHA DISPENSACION		CODIGO DE FARMACIA		N° DE ORDEN	
CANTIDAD ENTREG.	PRECIO UNITARIO (A)	IMPORTE (A)		% a/c O.S.	
Certifico entrega de los medicamentos facturados		TOTAL DE RECETA (A)			
SELLO		A CARGO BENEF. (A)			
		A CARGO SOCIAL (A)			
FIRMA FARMACEUTICO				BENEFIC. ☐ TERCERO INTERV. ☐	
				IMPO N°	
FIRMA CONFORMIDAD					
(ACLARACION Y DOMICILIO)					

ROTULO 4	ROTULO 5	ROTULO 6	ROTULO 7	ROTULO 8	ROTULO 9
----------	----------	----------	----------	----------	----------