



NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE: OSPICAL

VALIDACION ONLINE OLIGATORIA: <https://ospicalweb.ddaval.com.ar/>

DESCUENTOS A CARGO DE OSPICAL

		AUTORIZACION
AMBULATORIO:	▶ 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"
CRONICOS	▶ 70-100% para los medicamentos incluidos en el Vademécum.	NO
DIABETES	▶ 100% para los medicamentos incluidos en el Vademécum.	Con recetario Especial (1)
ANTICONCEPTIVOS	▶ 100% para los medicamentos incluidos en el Vademécum.	NO Con recetario Especial (1)
DISCAPACIDAD	▶ Solo mediante autorizacion de OSPICAL.	SI

(1) En los casos que el beneficiario concorra con una receta comun solo tendra derecho al 40%, salvo que este autorizado previamente.

Los planes que no requieran autorizacion solo incluyen los productos incluidos en el vademecum de OSPICAL.

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

Credencial, Documento de Identidad y Receta

RECETARIO

TIPO: Convencional / Oficial en los planes Cronicos y Anticonceptivos

VALIDEZ: 30 (treinta) días corridos, incluyendo la fecha de prescripcion.

Deben figurar los siguientes datos 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**)
- ▶ Prescripcion del medicamento por su nombre generico
- ▶ Las recetas deberan contener la forma farmaceutica y potencia de cada uno de los medicamentos prescriptos
- ▶ Cantidad recetada: Numeros y letras
- ▶ Diagnostico
- ▶ 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 TAMAÑOS

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 Médico:**

No indica Contenido _____→
 Equivoca Cantidad o Contenido _____→
 Indica Tamaño "GRANDE" _____→

Deberá Entregarse:

El de Menor Contenido
 El tamaño inmediato inferior
 El siguiente al de Menor Tamaño

PSICOFARMACOS

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 diagnóstico 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:
 - De acuerdo al orden de prescripción.
 - Incluyendo el código de barras.
 - Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido que dificultan la lectura del código de barras).
- ▶ N° 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 tomaran como validos para los productos incluidos en el vdm y la cobertura sera del 40%, salvo que adjunte autorización correspondiente)

RECETA TRATAMIENTOS CRONICOS - RTC
Programa Enfermedades Crónicas Prevalentes
P.M.O. Res. 31004 M.S.
Tratamiento Trimestral - Entrega Mensual

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

DATOS DEL PACIENTE:
Apellido y Nombre: _____ Fecha: ____/____/____
Afiliado N°: _____ D.N.I. N°: _____ CUB: _____
Titular Familiar Fecha Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F

Domicilio: _____ Localidad: _____ Tel: _____

DIAGNOSTICOS (Códigos según Res. 35194) marcar lo que corresponda

RESERVA	DESCRIPCION	CODI	RESERVA	DESCRIPCION	CODI
1	ASISTENCIA	1	1	ASISTENCIA	1
2	ASISTENCIA	2	2	ASISTENCIA	2
3	ASISTENCIA	3	3	ASISTENCIA	3
4	ASISTENCIA	4	4	ASISTENCIA	4
5	ASISTENCIA	5	5	ASISTENCIA	5
6	ASISTENCIA	6	6	ASISTENCIA	6
7	ASISTENCIA	7	7	ASISTENCIA	7
8	ASISTENCIA	8	8	ASISTENCIA	8
9	ASISTENCIA	9	9	ASISTENCIA	9
10	ASISTENCIA	10	10	ASISTENCIA	10
11	ASISTENCIA	11	11	ASISTENCIA	11
12	ASISTENCIA	12	12	ASISTENCIA	12
13	ASISTENCIA	13	13	ASISTENCIA	13
14	ASISTENCIA	14	14	ASISTENCIA	14
15	ASISTENCIA	15	15	ASISTENCIA	15
16	ASISTENCIA	16	16	ASISTENCIA	16
17	ASISTENCIA	17	17	ASISTENCIA	17
18	ASISTENCIA	18	18	ASISTENCIA	18
19	ASISTENCIA	19	19	ASISTENCIA	19
20	ASISTENCIA	20	20	ASISTENCIA	20
21	ASISTENCIA	21	21	ASISTENCIA	21
22	ASISTENCIA	22	22	ASISTENCIA	22
23	ASISTENCIA	23	23	ASISTENCIA	23
24	ASISTENCIA	24	24	ASISTENCIA	24
25	ASISTENCIA	25	25	ASISTENCIA	25
26	ASISTENCIA	26	26	ASISTENCIA	26
27	ASISTENCIA	27	27	ASISTENCIA	27
28	ASISTENCIA	28	28	ASISTENCIA	28
29	ASISTENCIA	29	29	ASISTENCIA	29
30	ASISTENCIA	30	30	ASISTENCIA	30
31	ASISTENCIA	31	31	ASISTENCIA	31
32	ASISTENCIA	32	32	ASISTENCIA	32
33	ASISTENCIA	33	33	ASISTENCIA	33
34	ASISTENCIA	34	34	ASISTENCIA	34
35	ASISTENCIA	35	35	ASISTENCIA	35
36	ASISTENCIA	36	36	ASISTENCIA	36
37	ASISTENCIA	37	37	ASISTENCIA	37
38	ASISTENCIA	38	38	ASISTENCIA	38
39	ASISTENCIA	39	39	ASISTENCIA	39
40	ASISTENCIA	40	40	ASISTENCIA	40
41	ASISTENCIA	41	41	ASISTENCIA	41
42	ASISTENCIA	42	42	ASISTENCIA	42
43	ASISTENCIA	43	43	ASISTENCIA	43
44	ASISTENCIA	44	44	ASISTENCIA	44
45	ASISTENCIA	45	45	ASISTENCIA	45
46	ASISTENCIA	46	46	ASISTENCIA	46
47	ASISTENCIA	47	47	ASISTENCIA	47
48	ASISTENCIA	48	48	ASISTENCIA	48
49	ASISTENCIA	49	49	ASISTENCIA	49
50	ASISTENCIA	50	50	ASISTENCIA	50

OTROS DIAGNOSTICOS: _____

COMPLETAR AL REVERSO DE ESTA FICHA EL RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

TRATAMIENTO: Indicar la prescripción por Principio Activo (ver vademecum), concentración, forma y unidades según dosis mensual.

Principio Activo y Concentración	Forma	Numero	Letras	Cant. Entrega	Precio Unitario	Total

Sr. Profesional:
Indique Períodos de Tratamiento: Mes y Año

1º Período de Tratamiento: ____/____/____ a ____/____/____
2º Período de Tratamiento: ____/____/____ a ____/____/____
3º Período de Tratamiento: ____/____/____ a ____/____/____

Certifico la Entrega de los Medicamentos Facturados

DISPENSA Y LIQUIDACION DE FARMACIA

1º Entrega (con copia de la receta): Fecha: ____/____/____
2º Entrega (con copia de la receta): Fecha: ____/____/____
3º Tercera (con original de la receta): Fecha: ____/____/____

Beneficiario Tercero Intervenido

Beneficiario: _____
Firma conforme: _____
Aclaración: _____
Tipo y N° de Doc.: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____

Troqueles: _____

ANTICONCEPCION - Cobertura 100%
RTCA - P.M.O. Res. 31004 M.S.
Tratamiento Trimestral - Entrega Mensual

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

DATOS DEL PACIENTE:
Apellido y Nombre: _____ Fecha: ____/____/____
Afiliado N°: _____
Titular Familiar Fecha Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F

Domicilio: _____ C.P.: _____ Tel: _____

PRINCIPIOS ACTIVOS INCLUIDOS CORRESPONDIENTES A DIAGNOSTICOS GRUPO 4 (Códigos según Res. 35194)

PRINCIPIOS ACTIVOS

DEBODESTREL
ETINILESTRADIOL entre 0.016 y 0.038 mg + ACETATO DE CIPROTERONA 2 mg
ETINILESTRADIOL entre 0.016 y 0.038 mg + NORGESTREL 0.1 mg
ETINILESTRADIOL entre 0.016 y 0.038 mg + GESTODENO 0.0675 mg
ETINILESTRADIOL entre 0.016 y 0.038 mg + LEVONORGETREL entre 0.10 y 0.30 mg
ETINILESTRADIOL entre 0.016 y 0.038 mg + NORGESTRATO 0.050 mg
ETINILESTRADIOL entre 0.021 y 0.04 mg + GESTODENO 0.0675 mg
ETINILESTRADIOL entre 0.021 y 0.04 mg + LEVONORGETREL entre 0.06 y 0.125 mg
LEVONORGETREL 0.050 mg
LINESTRENOL 5.6 mg

Resumen de H.C.: _____

DATOS DEL MEDICO TRATANTE:
Apellido y Nombre: _____
MATRICULA N°: _____ M.N.: _____ CODIGO DE PRESTADOR DE LA O.S.: _____
INSTITUCION DONDE ASISTIO AL PACIENTE: _____
TELEFONOS DEL PROFESIONAL: _____

TRATAMIENTO: Indicar la prescripción por principio activo, concentración, forma y unidades según dosis mensual.

Principio Activo y Concentración	Forma	Numero	Letras	Cant. Entrega	Precio Unitario	Total

Sr. Profesional:
CERTIFICO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS

1º Período de Tratamiento: ____/____/____ a ____/____/____
2º Período de Tratamiento: ____/____/____ a ____/____/____
3º Período de Tratamiento: ____/____/____ a ____/____/____

Sello y Firma del Farmacéutico
A cargo de la O.S.

DISPENSA Y LIQUIDACION DE FARMACIA

1º Entrega (con copia de la ficha): Fecha: ____/____/____
2º Entrega (con copia de la ficha): Fecha: ____/____/____
3º Tercera (con original de la ficha): Fecha: ____/____/____

Sello y Firma del Profesional

DATOS A COMPLETAR

Beneficiario: Tercero Intervenido

Beneficiario: _____
Firma conforme: _____
Aclaración: _____
Tipo y N° de Doc.: _____
Teléfono: _____

Troqueles: _____

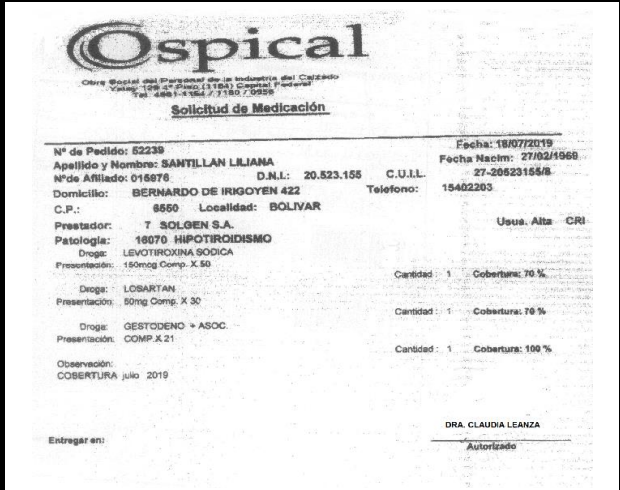
Normativa para la dispensa:
La receta Tratamiento Cronico RTC o RTCA, tendrá una validez para tres entregas mensuales.
El beneficiario deberá acercarse a la delegación de la Obra Social más próxima a su domicilio a fin de solicitar la RTC o RTCA en la cual el médico tratante completará todos los datos solicitados en la misma.
La prescripción se realizará según los principios activos cubiertos indicando la dosis mensual válida 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.
La farmacia deberá dispensar por período mensual el tratamiento según el siguiente esquema:
1º Período: se realizará fotocopia de la RTC o RTCA y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.
2º Período: se realizará fotocopia de la RTC o RTCA y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.
3º Período: se dispensa y retiene la RTC o RTCA original.
A partir del tercer período, el beneficiario deberá concurrir nuevamente al 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 delegación más próxima 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 superiores solo con Autorización de la obra social o Sistema de Auditoría Ensalud.

FRIMA POR PARTE DE OSPICAL
DRA. CLAUDIA LEANZA

MODELO DE AUTORIZACION AUDITORIA
ENSALUD OSPICAL

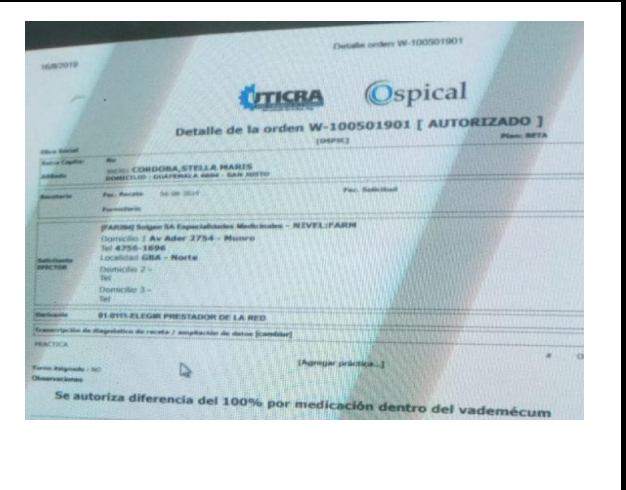


Solicitud de Medicación

Nº de Pedido: 52238 Fecha: 18/07/2019
 Apellido y Nombre: SANTILLAN LILIANA Fecha Nacim: 27/02/1969
 Nº de Afiliado: 016676 D.N.I.: 20.523.155 C.U.I.L.: 27-26623155/B
 Domicilio: BERNARDO DE IRIGOYEN 422 Telefono: 15402203
 C.P.: 8550 Localidad: BOLIVAR
 Prestador: 7 SOLGEN S.A. Usua. Alta: CRI
 Patología: 18070 HIPOTIROIDISMO
 Droga: LEVOTIROXINA SODICA
 Presentación: 150mg Comp. X 30 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
Autorizado

Entregar en:



Detalle de la orden W-100501901 [AUTORIZADO]

Medicamento: PARINEL Solgen SA Especialidades Medicinales - NIVEL FARM
 Domicilio 1: Av Ader 3754 - Muro
 Tel 4756 1696
 Localidad GBA - Norte
 Domicilio 2 -
 Tel -
 Domicilio 3 -
 Tel -

Observación: 01 0111 ELEGIR PRESTADOR DE LA RED

Se autoriza diferencia del 100% por medicación dentro del vademécum

MODELO 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, firmara la receta en prueba de conformidad de los medicamentos dispensados

