

	A CARGO O. SOCIAL	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
CRONICIDAD (*)	40% - 70% (*1)	60% - 30%	VADEMECUM CRONICO (*2)
CREDENCIAL (*3) De OSIAD Salud y OSPIA: SI Provisoria: SI	Excepciones: - Antibióticos inyectables monodosis: Hasta cinco (5) unidades.		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI	LIMITACIONES DE TAMAÑO Si no indica: El menor Si indica la palabra "GRANDE" y existen tres (3) tamaños: - Con "TRATAMIENTO PROLONGADO": El mayor - Sin "TRATAMIENTO PROLONGADO": El mediano		
TIPO DE RECETARIO (*4) OFICIAL: SI PARTICULAR: SI De SERVICIO DE URGENCIAS: SI (ver modelo)	ESPECIALIDADES EXCLUIDAS • PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO FIGUREN EN EL VADEMECUM CRONICO		
VALIDEZ DE LA RECETA: 30 (treinta) días corridos	AUTORIZACIONES (*6)		
PSICOFARMACOS Duplicado: SI Fotocopias: NO	ENMIENDAS SALVADAS: Por el médico: SI (errores de prescripción) Por el afiliado: SI (errores de expendio)		
ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR. (cuando no se encuentren preimpresos) Con sello: SI Manuscrito: NO	PRESENTACION (*7)		
ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES (cuando supere la unidad) Letras: SI Números: SI	FACTURACION Y REFACTURACION: Ver normas generales de atención y presentación.		
LIMITACIONES CANTIDAD (*5) Hasta tres (3) especialidades por receta y hasta dos (2) unidades de cada especialidad.			

(*) COBERTURA

Exclusivamente para medicamentos destinados a **PATOLOGIAS CRONICAS PREVALENTES**, incluidos en el vademécum crónico.

Antes de cada expendio la farmacia deberá comunicarse con el CENTRO DE SEGUIMIENTO para pacientes crónicos al **0810-345-NUTR (6887)** o bien ingresando a la página web <http://cronicos.nutrar.com> a efectos de solicitar el código de autorización correspondiente para el suministro de los medicamentos prescritos, el cual deberán volcar en cada una de las recetas.

(*1) PORCENTAJES

El porcentaje de descuento que se deberá efectuar estará indicado en el vademécum crónico.

(*2) VADEMECUM

Cuando la prescripción de la droga BRIMONIDINA se encuentre acompañada con el diagnóstico "**GLAUCOMA REFRACTARIO**" se deberá realizar el 70% de descuento, caso contrario se efectuará el 40% de descuento.

(*3) CREDENCIALES

- a) Ante cada expendio se deberá **VERIFICAR** que el beneficiario se encuentre incluido en el **PADRON DE AFILIADOS HABILITADOS** que se envía mensualmente. Caso contrario, la farmacia deberá comunicarse con ADMIFARM, de lunes a viernes de 9.00 a 18.00 hs. al siguiente teléfono: 4010-0200 a efectos de corroborar la situación filiatoria del mismo.
- b) No se deberá verificar el último dígito del carnet de afiliación (Ej.: credencial N° 1401/00 - **7**).
- c) En todos los casos (credenciales nuevas, viejas y provisorias), los afiliados deberán presentar el recibo de haberes para poder estar habilitados para recibir el descuento otorgado por la Obra Social.

(*4) RECETARIOS

PARA TODAS LAS FARMACIAS DEL PAIS:

- En los recetarios podrán figurar, en forma indistinta, alguna de las siguientes siglas: OSPIA u OSIAD SALUD.
- La receta deberá contener el DIAGNOSTICO PRESUNTIVO o la leyenda "CRONICIDAD" o "PACIENTE CRONICO" o similar.
- Toda 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 del grado de concentración.
- Cuando se trate del **2do. y/o 3er. retiro**, los beneficiarios podrán presentar recetas **FOTOCOPIADAS**, y la farmacia deberá aceptarlas como válidas y facturarlas de la manera habitual.

EXCLUSIVAMENTE EN CAPITAL FEDERAL, GRAN BUENOS AIRES, CAÑUELAS, ARROYO SECO, CAPITAN BERMUDEZ, EMPALME VILLA CONSTITUCION, FIGUEIRAS, FRAY LUIS BELTRAN, GRANADERO BAIGORRIA, GOBERNADOR GALVEZ, PUERTO GENERAL SAN MARTIN, ROSARIO, SAN LORENZO y VILLA CONSTITUCION (SANTA FE) y VILLA MERCEDES (SAN LUIS), PCIA. CÓRDOBA, GUALEGUAYCHU (ENTRE RIOS):

Recetario particular de cualquier médico.

EXCLUSIVAMENTE EN EL RESTO DEL PAIS:

Recetario particular de cualquier médico autorizado por la delegación, la cual sólo acredita la afiliación. No se deberán aceptar las autorizaciones de los delegados sobre medicamentos fuera de cobertura.

(*5) LIMITACIONES DE CANTIDAD

Cuando el médico indique en la receta la cantidad de envases necesaria para los 3 meses de tratamiento, la farmacia deberá entregar lo solicitado aún cuando se vea superada la cantidad permitida en las presentes normas operativas.

(*6) AUTORIZACIONES

Toda receta que sea prescripta por profesionales no incluidos en el Listado de Profesionales o con membrete de Entidades no adheridas a la Obra Social, o que presenten anomalías en los datos de afiliación como así también la falta de nombre genérico, y/o forma farmacéutica, y/o presentación, y/o concentración de los productos deberán estar autorizadas por cualesquiera de las siguientes personas:

AITOR, MARIA ALBERDI
MASTROTA, CRISTINA
CHAMARES, HÉCTOR
FRANCISQUELO, RAUL D

MOLINA, CELIA
ROS, EDUARDO
FLORES, PABLO
ZUBILLAGA, EDUARDO N.

BERGES, MARIA LAURA
RAPOPORT, VERONICA

MUY IMPORTANTE:

Las recetas prescriptas por las personas arriba detalladas, no requerirán ser autorizadas en los casos antes descriptos.

(*7) PRESENTACION

La facturación se deberá presentar en planillas por separado según el siguiente detalle:

- 40% CRONICIDAD
- 70% CRONICIDAD

MUY IMPORTANTE:

TODLO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS GENERALES DE ATENCIÓN Y PRESENTACIÓN ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.

MODELOS DE CREDENCIALES



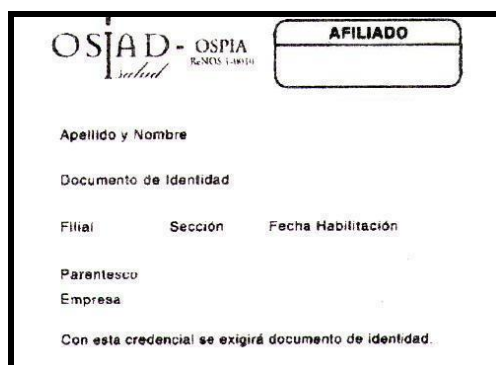
OSIAD - OSPIA
salud OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL
DE LA INDUSTRIA ACEITERA,
DESMOTADORA Y AFINES

AV. BELGRANO 1370 - 2º PISO
(1093) CAPITAL FEDERAL

CREDENCIAL INTRANSFERIBLE

VALIDA UNICAMENTE CON EL
ULTIMO RECIBO DE SUELDO

FIRMA
AUTORIZADA



OSIAD - OSPIA
salud ReNOS 1-0010

AFILIADO

Apellido y Nombre

Documento de Identidad

Filial Sección Fecha Habilitación

Parentesco

Empresa

Con esta credencial se exigirá documento de identidad.



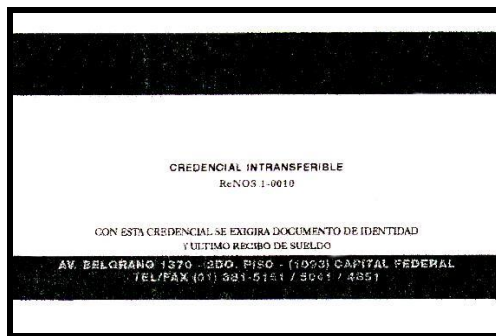
OSIAD - OSPIA
salud

AF. N° 000000/00

JORGE RAUL LOPEZ

000 00 0000 DNI / CUIL 0000000000000-0
TITULAR / FLIAR VTO. 00/00/2000

OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL
DE LA INDUSTRIA ACEITERA, DESMOTADORA Y AFINES



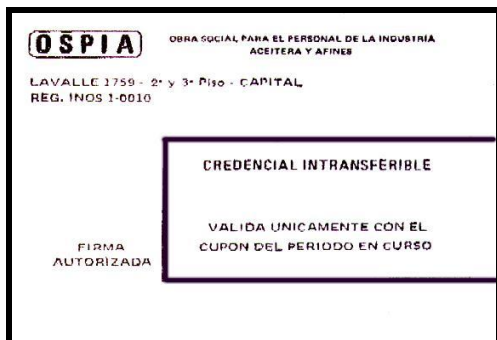
CREDENCIAL INTRANSFERIBLE
ReNOS 1-0010

CON ESTA CREDENCIAL SE EXIGIRA DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Y ULTIMO RECIBO DE SUELDO

AV. BELGRANO 1370 - 2DO. PISO - (1093) CAPITAL FEDERAL
TEL/FAX (01) 581-5151 / 5041 / 4851

Norma de Atención N°: 5440

Vigencia: **01/07/2022**



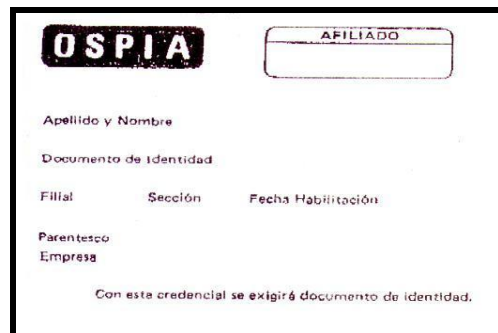
OSPIA OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE LA INDUSTRIA
ACEITERA Y AFINES

LAVALLE 1759 - 2° y 3° Piso - CAPITAL
REG. INOS 1-0010

CREDENCIAL INTRANSFERIBLE

VALIDA ÚNICAMENTE CON EL
CUPON DEL PERIODO EN CURSO

FIRMA
AUTORIZADA



OSPIA AFILIADO

Apellido y Nombre

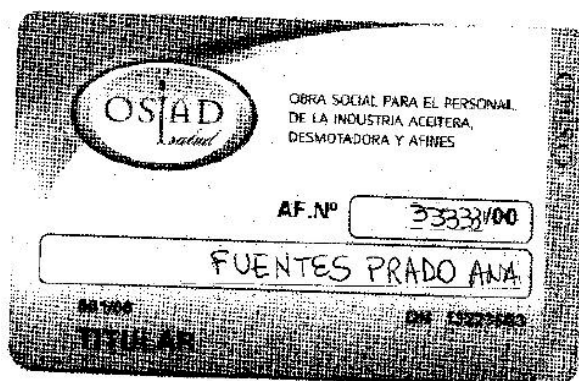
Documento de Identidad

Filial Sección Fecha Habilitación

Parentesco
Empresa

Con este credencial se exigirá documento de identidad.

MODELOS DE CREDENCIALES



MODELO DE CREDENCIAL PROVISORIA

	OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE LA INDUSTRIA ACEITERA, DESMOTADORA Y AFINES ReNOS 1-0010	
AFILIADO N°: _____		
FECHA DE EMISION/...../.....		
<u>CREDENCIAL PROVISORIA</u>		
VALIDA HASTA EL/...../.....		
DATOS DEL TITULAR		
APELLIDOS Y NOMBRES.....		
D. I. FILIAL :..... SECC. :..... EMPRESA :.....		
FAMILIARES A CARGO		
APELLIDOS Y NOMBRES	DOC. IDENTIDAD	PARENTESCO
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
OBSERVACIONES :		
		
STELLA MARIS GARCIA Jefe Div. Afiliaciones OSIAD Salud		
La presente credencial, para su validez, deberá ser exhibida con los documentos de identidad señalados en la misma; y el último recibo de haberes.-		
Av. Belgrano 1370 - 2do. Piso - (1093) Capital Federal - TEL y FAX 4381-5151 / 5041		

MODELO DE RECETARIO DE SERVICIO DE URGENCIAS

SERVICIO DE URGENCIAS MEDICAS DOMICILIARIAS	SERVICIO DE URGENCIAS MEDICAS DOMICILIARIAS
Fecha: ____/____/____ Hora: _____	Rp./
Nombre: _____	
Domicilio: _____	
Localidad: _____	
O. Social: _____ N° AFJ: _____	
Familiar/Tiempo: _____ Seguro: _____	
Edad: _____	
Diagnóstico: _____	
Medico, Firma, sello	
Firma del paciente	
	RECUERDE CONSULTAR CON SU MEDICO DE CABECERA LUGAR DE ESTA ATENCION