

PLAN DE DISCAPACIDAD

	A CARGO O. SOCIAL	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
DISCAPACIDAD (*)	100%	----	MANUAL FARMACEUTICO

CREDECIAL

De OSIAD Salud y OSPIA: SI
Provisoria: SI

Excepciones:

- **Antibióticos inyectables monodosis:** Hasta cinco (5) unidades.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

TIPO DE RECETARIO (*1)

OFICIAL: SI
PARTICULAR: SI
De SERVICIO DE URGENCIAS: SI (ver modelo)

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

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 (treinta) días corridos

PSICOFARMACOS

Duplicado: SI
Fotocopias: NO

ESPECIALIDADES EXCLUIDAS

- PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO FIGUREN EN EL MANUAL FARMACEUTICO.

ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.

(cuando no se encuentren preimpresos)
Con sello: SI Manuscrito: NO

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el médico: SI (errores de prescripción)
Por el afiliado: SI (errores de expendio)

ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES

(cuando supere la unidad)
Letras: SI Números: SI

PRESENTACION (*2)

LIMITACIONES CANTIDAD

Lo indicado por el Centro de Seguimiento, coincidiendo con lo prescripto.

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

(*) COBERTURA

Antes de cada expendio la farmacia deberá **validar la venta a través de nuestro sistema integrado a su facturador**, o en su defecto **ingresar a la página web <https://cronicos.nutrar.com>**, o comunicarse con el **CENTRO DE SEGUIMIENTO** para pacientes crónicos al **0810-345-NUTR (6887)**, a efectos de solicitar el código de autorización correspondiente para el suministro de los medicamentos prescriptos, el cual deberán volcar en cada una de las recetas.

(*1) RECETARIOS

PARA TODAS LAS FARMACIAS DEL PAIS:

- En los recetarios podrán figurar, en forma indistinta, alguna de las siguientes siglas: OSPIA u OSIAD SALUD.

Norma de Atención N°: 5078
Vigencia: 03/12/2018

PLAN DE DISCAPACIDAD

- La receta deberá contener el DIAGNOSTICO PRESUNTIVO y la leyenda "DISCAPACIDAD" 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.

(*2) PRESENTACION

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

- o 100% DISCAPACIDAD

MUY IMPORTANTE:
TODO 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
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
Obra Social para el Personal de la Industria Aceitera, Desmotadora y Afines

AFILIADO

Apellido y Nombre

Documento de Identidad

Filial Sección Fecha Habilitación

Parentesco

Empresa

Con esta credencial se exigirá documento de identidad.



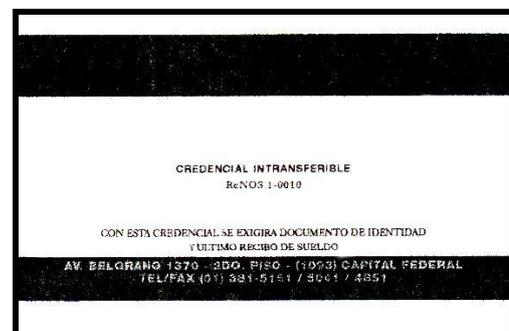
OSIAD - OSPIA
Obra Social para el Personal de la Industria Aceitera, Desmotadora y Afines

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



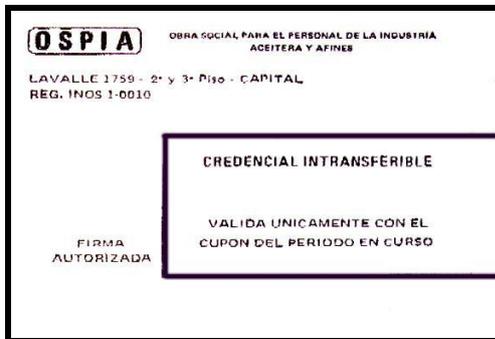
CREDENCIAL INTRANSFERIBLE
ReNOS 1-0010

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

AV. BELGRANO 1370 - 2DO. PISO - (1093) CAPITAL FEDERAL
TEL/FAX (01) 331-5151 / 3061 / 4351

Norma de Atención N°: 5078
Vigencia: 03/12/2018

PLAN DE DISCAPACIDAD

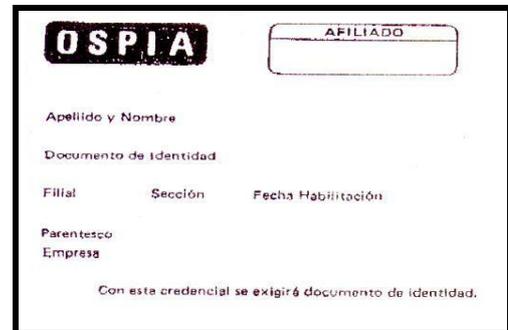


OSPIA OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE LA INDUSTRIA ACEITERA Y AFINES
LAVALLE 1759 - 2° y 3° Piso - CAPITAL
REG. INOS 1-0010

CREDECIAL INTRANSFERIBLE

VALIDA UNICAMENTE CON EL
CUPON DEL PERIODO EN CURSO

FIRMA
AUTORIZADA



OSPIA

Apellido y Nombre

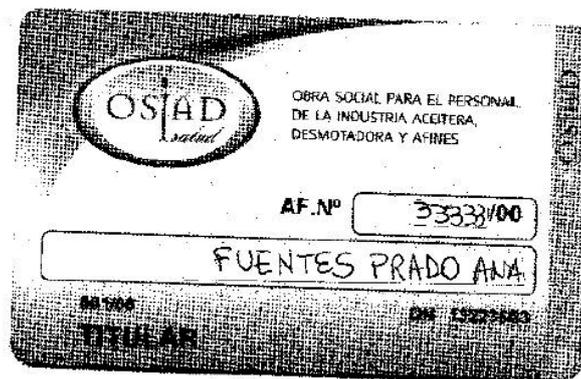
Documento de Identidad

Filial Sección Fecha Habilitación

Parentesco
Empresa

Con esta credencial se exigirá documento de identidad.

MODELOS DE CREDENCIALES



MODELO DE CREDENCIAL PROVISORIA

PLAN DE DISCAPACIDAD



OBRA SOCIAL
INDUSTRIA ACEITERA Y DESMOTADORA

OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE LA INDUSTRIA ACEITERA, DESMOTADORA Y AFINES
ReNOS 1-0010

AFILIADO N° : _____

FECHA DE EMISION/...../.....

CREDECENCIAL PROVISORIA
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

Norma de Atención N°: 5078
Vigencia: 03/12/2018

PLAN DE DISCAPACIDAD

SERVICIO DE URGENCIAS MEDICAS DOMICILIARIAS	SERVICIO DE URGENCIAS MEDICAS DOMICILIARIAS
Fecha: Hora:	Rp./
Nombre:	
Domicilio:	
Localidad:	
O. Social: N° AFJ:	
Familiar/Ti. lar Tasaguro:	
Ecad:	
Diagnóstico:	
Médico, Firma, sello	
Firma del paciente	
	RECORDE CONSULTAR CON SU MEDICO EN CASO DE RA LARGO DE ESTA ATENCION