

Normas Operativas O.S.P.I.M Farmacia Vigencia MAYO 2014

1.- Ámbito de aplicación

Todo el país

2.- Descuentos:

		A CARGO	
PLAN	7 CBJ9B-C	OSPIM	5 AHA5
AMBULATORIO	OSPIM (Solamente)	Monto Fijo VDM OSPIM(#)	
AMBULATORIO	OSPIM/UOMA	% Segun VDM OSPIM (*)	
AMBULATORIO	OSPIM/AMTIMA	% Según VDM AMTIMA (*)	% AMTIMA (*)
PMI	Todos	100,00% (*)	
INSULINA Y TIRAS	Todos	100,00% (*)	

(#) Valores a Monto fijo según SSSalud

(*) Porcentaje sobre el precio de venta al publico

3.- Requisitos de la Receta: son validos para todos los planes

Recetario	Se aceptara solo recetario oficial
	Se aceptaran recetarios con publicidades y/o otros tipos de membretes solo en el caso de prescripciones autorizadas.
	<u>No se aceptaran fotocopias de recetas</u>
Datos contenidos en la receta: los datos manuscritos por el profesional deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma	Fecha de emisión de la receta Nombre y apellido del afiliado Numero de DNI. Numero de afiliado, de corresponder según plan, se deben completar todos. Diagnostico "OBLIGATORIO", Vale codificado CIE 10. Matricula del profesional medico. Firma y sello aclaratorio del profesional medico. Detalle de los medicamentos. Cantidad en numero y letras
Validez para la venta	30 días a partir de la fecha de emisión, incluyendo la misma.
Validez para la presentación	30 días corridos a partir de la fecha de venta e incluyendo la misma
Cantidad máxima de medicamentos por receta y de envases por receta	Hasta dos medicamentos diferentes por receta y hasta un envase por renglón

Contenidos máximos de cada medicamento según tamaño	Tamaño especificado: lo requerido en la receta Tamaño no especificado: vender la menor presentación Especifica grande: vender la presentación siguiente a la menor Se aceptara solo un envase grande por receta. Presentación de tamaño único, se toma como menor tamaño.
Antibióticos inyectables	Monodosis: hasta 5 unidades individuales por receta. Multidosis: un SOLO envase.

4.- Requisitos del afiliado.

Deberá presentar	Credencial de afiliación vigente. Receta correspondiente. Relación de dependencia: Ultimo recibo de sueldo que debe corresponderse al mes anterior del pedido de dispensa. Monotributistas y/o Servicio Domestico: ultimo pago (mes en curso).
Modelos de credenciales	Ver Anexo I

5.- Requisitos de conformidad para el expendio

La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:	Pegar con adhesivo (no abrochar) el troquel con su código de barras y numero de troquel identificadorio. Adjuntar a la receta Copia del Ticket Fiscal o Factura La receta deberá contener: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de dispensación. • Detalle de los medicamentos dispensados • Importes unitarios, totales y porcentaje a cargo de la entidad • Firma, aclaración, DNI, domicilio, teléfono de la persona que retira la medicación • Sello de la farmacia y del Farmacéutico Director Técnico al dorso de la receta.
---	---

6.- Enmiendas:

Recordar:	Las correcciones y enmiendas en la prescripción de la receta deberán estar salvadas por el profesional medico con su sello y firma. Las correcciones y enmiendas en la dispensa de la receta deberán estar salvadas por el profesional farmacéutico El farmacéutico podrá modificar algún numero de
-----------	---

	afiliado en caso de error del medico, para que concuerde con el de la credencial.
--	---

7.- Exclusiones.

Están excluidos de la cobertura	Medicamentos excluidos de vademécum.
---------------------------------	--------------------------------------

8.- Autorizaciones:

Validez	<p>Toda autorización tendrá validez si la misma contiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de autorización • Medicación autorizada • Porcentaje al cual se autoriza • Motivo por el cual se autoriza • Sello OSPIM • Firma y sello de Auditoria de Medicamentos <p>Nota: se debe presentar receta original y copia autorizada</p>
---------	---

9.- Casos especiales:

Leches	<p>Con autorización previa, cobertura 100 %, SOLO Medicamentosas. Hasta el año de vida. Hasta 4 kg mensual.</p> <p>NO SE RECONOCEN LECHEs MATERNIZADAS.</p>
PMI Madre/ Hijo	<p>Cobertura del 100 % medicación dentro de Vademécum PMI según corresponda. Hasta un mes luego de la fecha estipulada de parto, hasta el año de vida para el hijo.</p>
Insulinas	<p>Con autorización previa, cobertura del 100% según prescripción medica.</p>
Tiras reactivas	<p>DBT Tipo I: <u>Plan Integral/Total</u>: Con autorización previa, cobertura del 100%. <u>Otros planes</u>: Con autorización previa, cobertura al 70%.</p> <p>DBT Tipo II: <u>Plan Integral/Total</u>: Con autorización previa, cobertura del 100%. <u>Otros planes</u>: Con autorización previa, cobertura al 70%.</p>
Jeringas y Agujas	<p>Con autorización previa al 100%:</p>
Lancetas descartables para digitopunzor	<p>Con autorización previa, cobertura al 70 %.</p>
Anticonceptivo	<p>Con autorización previa, cobertura al 100%</p>

Discapacidad	anticonceptivos incluidos en PMO. Con autorización previa, cobertura al 100 %.
--------------	---

10.- Presentación:

Caratula /Detalle	Nombre y dirección de la farmacia Periodo presentado CUIT Cantidad de recetas presentadas (Discriminar Plan) Importe Total A/C OSPIM Importe Total A/C AMTIMA
Plan	Cada plan debe presentarse por separado, incluyendo casos especiales.