

Datos contenidos en la receta: (Los datos escritos por el profesional deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma)	Denominación de la entidad	
	Nombre, Apellido del afiliado y Número de afiliación (11 dígitos)	
	Fecha de emisión de la receta de puño y letra del profesional.	
	Firma y sello aclaratorio del profesional. (El sello es obligatorio aún figurando las recetas impresas con los datos del médico).	
	Detalle de los medicamentos	
	Cantidades de los medicamentos en números y letras	
Validez a) para la venta: b) para la presentación: c) Para la refacturación:	35 (treinta y cinco) días a partir de la fecha de emisión e incluyendo la misma.	
	60 (sesenta) días corridos, a partir de la fecha de venta e incluyendo la misma.	
	30 (treinta) días corridos a partir de haber recibido la liquidación. <u>RECORDAR QUE LOS DEBITOS SON NO REFACTURABLES.SALVO ERRORES INHERENTES A LA AUDITORIA.</u>	
Cantidad máxima de Medicamentos y de envases por receta:	Tratamiento Normal: se podrán dispensar hasta 3 (tres) productos distintos por receta y hasta 1 (un) solo envase por renglón.	
	Tratamiento Prolongado: se podrán dispensar hasta 2 (dos) envases por renglón, debiendo estar indicado el contenido de cada uno de los envases. De omitirse el contenido, sólo se proveerá el envase de menor contenido disponible.	
Contenidos máximos de cada medicamento según su tamaño:	Tamaño especificado: Lo requerido en la receta.	
	Tamaño no especificado: Vender la menor presentación.	
	Especifica "grande": Vender la presentación siguiente a la de menor tamaño.	
Antibióticos inyectables:	Monodosis: hasta 6 (seis) ampollas individuales por receta. Multidosis: hasta 2 (dos) envases por receta.	
Psicofármacos: No se aceptan fotocopias de recetas.	Lista II (receta oficial):	Receta de Salud Pública Receta adjunta de la institución.
	Lista III y IV (receta archivada):	Receta oficial por duplicado, con sello y firma del médico, aún estando el sello impreso.
Importe total por receta	No se podrá expender en un sola receta, un monto total superior a los pesos siete mil (\$ 7.000.-). Excepto con autorización previa de OSDIPP, que deberá solicitar la farmacia al telf.:(011)4318-3900 ó al fax (011)4318-3991– <u>"Las insulinas, hipoglucemiantes y antidiabéticos deben VALIDARSE ON-LINE pero NO REQUIEREN ESTA AUTORIZACION PREVIA."</u>	
4. PLAN MATERNO INFANTIL:		
Habilitación del beneficiario	Madre y niño: Cobertura sólo para afiliados empadronados, con validación on-line	
Recetario	Igual al resto de los planes (puede ó no tener la sigla PMI ó leyenda Plan Materno Infantil)	
Límites de cantidades	Medicamentos: igual al resto de los planes Leches medicamentosas: lo indicado por el médico (con autorización previa de Osdipp) ó lo autorizado por OSDIPP	
Productos cubiertos	Medicamentos: Madre: Únicamente productos relacionados con el embarazo/puerperio – Hijo: pediátricos Leches medicamentosas: Cobertura 100% hasta los 12 meses de vida CON AUTORIZACIÓN PREVIA DE OSDIPP	
5. REQUISITOS DEL AFILIADO:		
Deberá presentar:	Credencial de afiliación con fecha de vigencia válida y DNI del afiliado ó tercero interviniente.	
	Receta correspondiente.	
6. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:		
La farmacia deberá cumplimentar lo sgte.:	Pegar el troquel con su código de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescritos. (No abrochar ya que dificulta la lectura del código de barras)	
	Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T (sin troquel).	

	<p>Fecha de dispensación</p> <p>Importes unitarios y totales y porcentaje a cargo de la entidad</p> <p>Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto.</p> <p>Firma del afiliado o tercero interviniente, aclaración de firma, número de documento de identidad, domicilio y teléfono. (verificar datos DNI)</p> <p>Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico.</p>
7. ENMIENDAS:	
Recordar:	Las correcciones y enmiendas a la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma.
8. AUTORIZACIONES:	
Importante:	<p>Antes de rechazar cualquier receta, llamar a Farmalink al teléfono (011) 4814-7900, de lunes a viernes de 09 a 18 hs. o enviar su fax al número (011) 4814-7994.</p> <p>Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos, cuando sean autorizadas por OSDIPP por alguno de los sig. profesionales: Dr. Carlos Esquivel, Dra. Mónica Linardi, Dr. Walter Vega, Dr. Eduardo Adaniya, Dr. Rodolfo Hualde o Sra. Cecilia del Palacio y Sra. Carolina Principi.</p> <p>Dicha autorización podrá ser solicitada (tanto por la farmacia como por el afiliado) de lunes a viernes de 8.30 a 17hs. al tel. (011) 4318-3900 ó las 24hs vía fax al (011) 4318-3991</p>
9. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:	
<p>➤ <u>INCLUSIONES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cubrirán todos los productos de venta bajo receta que figuren en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos. • <u>Medicam.Resol.310/04</u> : Sólo con validación on-line (IMED) el sistema devolverá la cobertura correspondiente. • <u>Anticonceptivos:</u> Sólo afiliados empadronados con validación on-line (IMED). • <u>Insulinas –Tiras e Hipoglucemiantes orales:</u> Sólo afiliados empadronados con validación on-line (IMED) 	<p>➤ <u>EXCLUSIONES GENERALES:</u></p> <p>PRODUCTOS NO RECONOCIDOS POR OSDIPP:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Accesorios: material de curaciones, material descartable, material de cirugía y accesorios varios. -Antialopécicos (productos con octopirox). -Anticaspas y antiseborreicos. -Dermatoaclarantes. -Elementos fijadores y de limpieza de prótesis dentales, pastas, polvos e hilo dental. -Fórmulas magistrales, flores de Bach y herboristería. -Jabones, champúes y lociones capilares de todo tipo. -Productos para el crecimiento de FANERAS. -Productos de venta libre. -Productos sin troquel. -Productos de perfumería, cosmética y dermatocosmética. -Productos de uso exclusivo en internación y/o envases de tamaño hospitalario. -Úrea, Úrea + asociados. -Finasteride en concentración de 1 mg. -Minoxidil. -Tratamiento de la disfunción sexual masculina: Sildenafil (Ej.: Viagra, Sildenafil, Lumix o productos de acción similar). <p><u>Los siguientes productos en todas sus formas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Aminoterapia. -Dermatológicos que contengan ácido retinoico. -Humectantes vaginales. -Productos Homeopáticos. -Callicidas -Cepillos de todo tipo. -Cremas reductoras. Productos para la estética corporal. -Mamaderas, pañales, sondas, etc. -Babysan polvo (CUBIERTO SOLO EN PLAN MATERNO INFANTIL) -Dermaglós (CUBIERTO SOLO EN PLAN MATERNO INFANTIL)

<p>➤ <u>REQUIERE AUTORIZ. PREVIA DE AUDITORIA MEDICA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Descartables para Diabetes:</u> Lancetas, Jeringas y Agujas • <i>Orlistat</i> (Ej.: Xenical, o productos similares). • <i>Sildenafil:</i> para diagnóstico de hipertensión pulmonar. 	<p><u>POR EXCEPCION:</u> <u>SOLO CON AUTORIZACION PREVIA DE AUDITORIA MEDICA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Leches maternizadas - Agentes Inmunosupresores. - Botox. - Derivados de la sangre y derivados plasmáticos. - Drogas utilizadas en el tratamiento del sida - Heparinas de bajo peso molecular. - Hormona de crecimiento. - Interferones. - Productos con piridostigmina. - Productos para nutrición (enteral y parenteral). - Todos los productos que contengan las siguientes drogas: - Teicoplanina - Octreotida - Cerezyme - Copolímero – 1 (Ej. Copaxone). - Tobramicina aerosolizada. - Factores de coagulación (factor VIII, IX, etc.). - Riluzol (Ej.: Rilutek o productos de próxima aparición). - Eritropoyetina. - Drogas Oncohematológicas (Ej: Leucomax, Neupogen, factores - estimulantes de colonias). - Inductores de la Ovulación y/o productos para tratar la esterilidad. - Lupron. - Productos para quimioterapia antineoplásica (oncológicos) - Setrones. - Tamoxifeno.
<p>10. MEDICAMENTOS FALTANTES:</p>	
<p>Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta.</p>	
<p>11. LISTADO DE LECHE MEDICAMENTOSAS CUBIERTAS:</p>	
<p>Se cubrirán todas las leches medicamentosas identificadas en el listado de Alfa Beta con la forma farmacéutica N°57</p>	

ANEXOS

Anexo 1 - Nuevas credenciales y validación en línea de afiliados OSDIPP

A partir del 01/09/2014 las recetas deben validarse utilizando el Número Validador , como se observa en la imagen.

Esta credencial incluye en el vértice superior derecho un número validador de acceso a las prestaciones que consta de 11 dígitos. Este se obtiene partiendo del antiguo número de afiliado según los siguientes ejemplos:

Número de Beneficiario	Número Validador
97531/02	0009753102000
9953/64	00995364000
294546/02	29454602000



IMPORTANTE :

En el caso que en la receta física no llegara a figurar el número de 11 dígitos, la farmacia puede salvarlo al dorso copiando el número correcto de la credencial y firmando el afiliado en conformidad.

Sólo puede validarse con el número de 11 dígitos, que es el que figura en el padrón y en el on line.