

## Normas de atención



## DESCUENTO A CARGO OSPRA

<b>AMBULATORIO</b>	40 %, 70% o 100% de descuento para todas las especialidades medicinales incluidas en el <b>Manual Farmacéutico o Agenda Kairos</b> , y deberán ser autorizadas por Auditoría Médica de OSPRA Central <b>IMPORTANTE:</b> Los productos con 70% y 100% de descuento, requieren autorización previa de OSPRA. De no poseerla se expondrán al 40%
<b>PMI</b>	100% de descuento con autorización previa de OSPRA Central
<b>MEDICAMENTOS ESPECIALES</b>	Reconoce todos los medicamentos, prescritos por nombre genérico, incluidos en el Manual Farmacéutico, con el 100% de cobertura, en receta autorizada por OSPRA Central. No son válidas las recetas autorizadas por Delegaciones.
<b>PROFILAXIS</b>	Los preservativos se cubren exclusivamente CON autorización previa de OSPRA Central. Deben ser de origen nacional y cuentan con 100% de cobertura.
<b>PLAN DISCAPACIDAD</b>	Reconoce todos los medicamentos, prescritos por nombre genérico, incluidos en el Manual
<b>Todos los medicamentos requieren autorización expresa de OSPRA Central. Para casos de urgencias, horario nocturno, fines de semana o feriados, pueden expendirse medicamentos sin autorización hasta un precio de venta al público máximo de \$ 50.000. Quedan excluidos los preservativos (ver apartado profilaxis)</b>	

## DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

Credencial, Documento de Identidad y Receta



RECETARIO	
TIPO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>OFICIAL</b></li> <li>• <b>CONVENCIONAL</b></li> <li>• <b>RECETARIOS DIGITALES</b> (prescripción preimpresa ya sea total o parcial) sin los requisitos de identificación antes mencionados pero que contengan firma y sello original del profesional.</li> </ul>
VALIDEZ	30 (TREINTA) días incluyendo la fecha de prescripción.



**Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:**

- Nombre de la Obra Social
- Apellido y Nombre del Beneficiario, Edad y Sexo
- Número de Beneficiario y categoría (nunca "EN TRÁMITE") ni otro número distinto al de la credencial.
- Medicamentos recetados y cantidad de c/u en números y letra (si no se expresa cantidad se expenderá solamente uno) prescritos por droga, concentración y forma farmacéutica.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- Fecha de Prescripción
- Diagnóstico. Se aceptan siglas OMS, CIE 10.
- Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.

LÍMITES DE CANTIDADES	
POR RECETA	Hasta 3 (tres) envases
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS	Hasta 5 (cinco) por receta.
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS	Hasta 1 (uno) por receta



## OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el medico NO indica tamaño, debe entregarse el de menor contenido.
- Cuando el medico solo indica GRANDE, debe entregarse el tamaño siguiente al menor.
- Cuando el medico equivoca cantidad, debe entregarse el tamaño inmediato inferior.

## PSICOFÁRMACOS

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. (No se aceptan fotocopias).

## 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: (si no posee troquel indicar sigla S/T o adjuntar solapa identificatoria)
  1. De acuerdo al orden de prescripción.
  2. Incluyendo el código de barras.
  3. No utilizar goma de pegar (usar abrochadora o cinta adhesiva, para poder auditar el dorso del troquel)
- Número de orden de la receta.
- Fecha de Venta.
- 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.
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento. (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
- Consignar los importes: Unitarios, Total, A CARGO de OSPPRA, A CARGO Afiliado.
- Adjuntar copia del ticket de venta a la receta. En caso de no poder hacerlo notifique por escrito las razones.
- Los errores de expendio deberán estar salvados por el beneficiario con su firma y N° de documento.



**IMPORTANTE:** Toda receta no presentada en el mes correspondiente podrá ser presentada **hasta el mes siguiente**. Pasado dicho plazo serán rechazadas.

## EXCLUSIONES

Los descuentos indicados en este instructivo se aplican sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta incluidas en el manual Farmacéutico o Agenda Kairos  
**NO SE CUBRIRÁN:** Medicamentos de Venta Libre, Cosméticos, Antiacnéicos antipruriginosos, Leches Maternizadas, Vacunas  
**Los medicamentos no incluidos sólo podrán expendirse si se encuentran previamente autorizados por OSPRA CENTRAL.**

## AUTORIZACIONES

**Teléfonos: 011-4880-6817. WhatsApp: 011-15-2705-3792.**  
**E-mail: autorizaciones@osppra.com.ar**  
**Dicha autorización deberá adjuntarse a la receta, y debe ser emitida por OSPRA CENTRAL exclusivamente (no son válidas las autorizaciones emitidas por las delegaciones)**

## PLAN MATERNO INFANTIL

- Para la madre y el recién nacido (hasta el año de vida), se reconocerán todos los medicamentos incluidos en el Manual Farmacéutico con 100% de cobertura, previa autorización de OSPRA.
- Leches maternizadas: Únicamente las autorizadas por OSPRA.
- Leches medicamentosas: Únicamente las autorizadas por OSPRA Central.

## PLAN DISCAPACIDAD

La Obra Social llevará una ficha de seguimiento que deberá ser presentada al momento del expendio. Reconoce todos los medicamentos, prescritos por nombre genérico, con el 100% de cobertura, en receta autorizada por OSPRA Central. No son válidas las recetas autorizadas por Delegaciones.



## MODELO DE CREDENCIALES



## MODELO DE CREDENCIALES



- La credencial digital actualiza su vigencia cada 24 hs. Su validez se puede verificar a través del código QR con cualquier Smartphone.
- En los casos que el afiliado no cuente con smartphones compatibles, se aceptan certificados provisorios emitidos por OSPRA.

## MODELO DE CREDENCIALES



Ciudad Autónoma de Buenos Aires, \_\_\_\_\_ de 2022.-

De mi consideración:

Por medio de la presente dejo constancia que XXXXXX, XXXXXXXX, es afiliado a la Obra Social O.S.P.R.A, con el N° / cuyo DNI es . . . , Se extiende el presente con el fin de ser utilizado de manera provisoria debido a que carece temporalmente del carnet original, este documento será validado con la sola presentación del DNI del beneficiario por días a partir de la fecha.

Cordialmente.

Control: 2022140620221409202250

Marcelo A. Murúa  
OSPRA Central  
[mmurua@osppra.com.ar](mailto:mmurua@osppra.com.ar)  
011-1127053640

