

Norma de Atención N°: 5201

Vigencia: 30/10/2019

	A CARGO ENTIDAD	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
AMBULATORIO	40%	60%	VADEMECUM AMBULATORIO
AMBULATORIO – PLAN 5000 APM	40%	60%	MANUAL FARMACEUTICO
PLAN MATERNO INFANTIL (*1)	100%	-----	MANUAL FARMACÉUTICO
DISCAPACIDAD (*2)	100%	-----	MANUAL FARMACÉUTICO

### CREDECIAL

Definitiva: SI

Provisoria: SI

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** SI

### TIPO DE RECETARIO (\*3)

Oficial: SI

Particular: SI

Emergencias Médicas: SI

**VALIDEZ DE LA RECETA:** 30 días corridos

### PSICOFÁRMACOS

Duplicado: SI

Fotocopias: NO

### ACLARACIÓN FIRMA MEDICO Y N° MATR.

Con sello: SI

Manuscrito: NO

### ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES

(cuando supere la unidad)

Letras: SI

Números: SI

### LIMITACIONES CANTIDAD

Hasta tres (3) especialidades diferentes por receta y hasta dos (2) envases de tamaño chico o uno (1) grande por renglón.

#### Excepciones:

- **Antibióticos inyectables monodosis:** Hasta seis (6) unidades.

### LIMITACIONES DE TAMAÑO

**Si indica:** Lo requerido.

**Si no indica:** El menor.

**Si indica "GRANDE":** El inmediato siguiente al menor.

**Si erra:** El inmediato inferior al indicado.

### ESPECIALIDADES EXCLUIDAS

- VENTA LIBRE
- FORMULAS MAGISTRALES
- MEDICACION PARA HIV
- MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS Y COADYUVANTES
- INSULINAS
- TIRAS REACTIVAS
- MATERIAL DESCARTABLE
- ALIMENTOS
- PRODUCTOS DIETETICOS
- MEDICAMNENTOS Y/O PRODUCTOS DE INTERNACION
- MEDISO DE CONTRASTE
- PERFUMERIA
- ARTICULOS PARA FIJAR DENTADURAS
- PRODUCTOS HOSPITALARIOS
- PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCION SEXUAL MASCULINA

### ENMIENDAS SALVADAS:

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por el afiliado: SI (errores de expendio)

### AUTORIZACIONES (\*4)

### PRESENTACIÓN (\*5)

**FACTURACION Y REFACTURACIÓN:** Ver normas generales de atención y presentación.

**Toda receta o 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 de grado de concentración.**

Norma de Atención N°: 5201

Vigencia: 30/10/2019

## (\* COBERTURA

Exclusivo para los afiliados de los planes:

PLAN 1000  
PLAN 3000 NO GRAVADO  
PLAN 3000 GRAVADO  
PLAN 5000  
PLAN PLATINO  
PLAN 5000 APM

## (\*1) PLAN MATERNO INFANTIL

En la receta deberá figurar fecha de nacimiento o fecha probable de parto.

### COBERTURAS:

**PARA LA MADRE:** Durante el embarazo y hasta un mes después del parto.

**PARA EL NIÑO:** Hasta el año de vida. Las recetas pueden expendirse a nombre de la madre hasta el 3er mes de vida por falta de credencial del niño.

**LECHES MEDICAMENTOSAS Y MATERNIZADAS:** la provisión se realizara únicamente con autorización de la Entidad, indicando el porcentaje cobertura a efectuar.

**VACUNAS:** El calendario de vacunación publicado por el Ministerio de Salud y sus modificaciones vigentes, es aquel que O.S.A.P.M. contempla.

## (\*2) DISCAPACIDAD

La receta se deberá encontrar previamente autorizada por la Entidad, por alguna de las siguientes personas (ver modelo):

DR. CASTELLANO JOAQUIN  
DR. AGLIANO BRUNO SALVADOR  
DRA. CIVICO, MARIA ELENA  
DR. LOMBARDO FABIO  
DRA. LANZILOTTI MIRTA

## (\*3) TIPO DE RECETARIO

Datos a completar por el profesional, de su puño y letra y con la misma tinta:

- Denominación de la entidad.
- Nombre y apellido del beneficiario.
- Número de beneficiario y plan correspondiente.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno.
- Firma y sello con número de matrícula y aclaración.
- Fecha de prescripción.
- Diagnóstico.

Norma de Atención N°: 5201  
Vigencia: 30/10/2019

## (\*4) AUTORIZACIONES

Cualquier excepción a la presente norma deberá estar autorizada por alguna de las siguientes personas pertenecientes a la Entidad (ver modelo):

DR. CASTELLANO JOAQUIN  
DR. AGLIANO BRUNO SALVADOR  
DRA. CIVICO, MARIA ELENA  
DR. FABIO LOMBARDO  
DRA. LANZILOTTI MIRTA

## (\*5) PRESENTACIÓN

Los distintos descuentos se deberán presentar en lotes por separado, conforme el siguiente esquema:

- 40% AMBULATORIOS
- 100% PLAN MATERNO INFANTIL
- 100% DISCAPACIDAD
- AUTORIZACIONES ESPECIALES (VARIABLE)

**MUY IMPORTANTE:**  
**TODO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS GENERALES DE ATENCIÓN Y PRESENTACIÓN ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.**

### MODELO DE CREDENCIAL



Norma de Atención N°: 5201  
Vigencia: 30/10/2019



**OSAPM**  
OBRA SOCIAL AGENTES DE PROPAGANDA MÉDICA

---

**5000 APM**

**SANCHEZ LILIANA**  
009020-00 D.N.I. 20874693 **GRAVADO**  
F. Venc 30/11/2019



**OSAPM**  
OBRA SOCIAL AGENTES DE PROPAGANDA MÉDICA

---

**5000 APM**

**SANCHEZ LILIANA**  
009020-00 D.N.I. 20874693 **NO GRAVADO**  
F. Venc 30/11/2019




**OSAPM**  
OBRA SOCIAL AGENTES DE PROPAGANDA MÉDICA

---

**PLATINO**

**SANCHEZ LILIANA**  
009020-00 D.N.I. 20874693 **NO GRAVADO**  
F. Venc 30/11/2019



**OSAPM**  
OBRA SOCIAL AGENTES DE PROPAGANDA MÉDICA

---

**1000**

**SANCHEZ LILIANA**  
009020-00 D.N.I. 20874693 **NO GRAVADO**  
F. Venc 30/11/2019



**OSAPM**  
OBRA SOCIAL AGENTES DE PROPAGANDA MÉDICA

---

**3000**

**SANCHEZ LILIANA**  
009020-00 D.N.I. 20874693 **GRAVADO**  
F. Venc 30/11/2019



**OSAPM**  
OBRA SOCIAL AGENTES DE PROPAGANDA MÉDICA

---

**3000**

**SANCHEZ LILIANA**  
009020-00 D.N.I. 20874693 **NO GRAVADO**  
F. Venc 30/11/2019