

Vigente a partir del 10 de Marzo de 2014.

1. Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)

1.1. General:	50 %
1.2. Resolución 310/04 y demás coberturas para Patologías Crónicas:	70% ó 100% (Según lo indique la autorización previa de OSPIHMP – Ver punto 8)
1.3. Plan Materno Infantil.	100 % ATENCIÓN: No requiere Autorización Previa (Ver punto 6)

2. Habilitación del beneficiario:

2.1. Credencial Definitiva o Provisoria. Verificar fecha de vencimiento

2.2. Archivo de Beneficiarios:

- El beneficiario debe figurar en el listado de habilitados que se emite cada mes (ver punto 17).

2.3. Constancia de afiliación (para el caso de nuevos beneficiarios);

2.4. Documento de Identidad (DNI, LC, LE)

2.5. No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada.

3. Recetario:

3.1. Tipo de recetario:	<p><u>Plan General:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De todo tipo (Particular o de Instituciones) <p><u>Plan Materno infantil:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De todo tipo (Particular o de Instituciones). Debe contar con la leyenda “Plan Materno Infantil” o similar de puño y letra del profesional. • Oficial de la Entidad (según muestra) <p><u>Recetario de Cronicidad para 3 meses:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Requiere previa autorización de OSPIHMP (ver punto 16)
3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:	<ul style="list-style-type: none"> • Denominación de la entidad (en caso de que el recetario no sea el oficial de la entidad); • Nombre y apellido del paciente; • Número de afiliado (*) • Medicamentos recetados y cantidad de cada uno; • Firma y sello con número de matrícula y aclaración; • Fecha de prescripción; <p><i>(*) Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia debe repetirlo al dorso, en forma clara y correcta, indicando junto al número consignado por el médico la frase “ver al dorso”. El beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad.</i></p>

4. Validez de la receta:

El día de la prescripción y los **30** días siguientes.

5. Topes de cobertura:

5.1. Límites de cantidades:	Sin Tratamiento Prolongado	Con Tratamiento Prolongado ^(5.2.)
Especialidades por receta:	Hasta 2 (dos)	Hasta 2 (dos)
Envases por especialidad:	Hasta 1 (uno)	Hasta 2 (dos)
5.2. Tratamiento Prolongado:	<p>Cuando el médico coloca de su puño y letra la frase “Tratamiento prolongado”, su equivalente o abreviaturas, pueden expendirse las cantidades que se indican en la columna “con T.P.”. Debe indicarse además el tamaño y/o contenido de cada uno, por lo que, de omitirse este requisito sólo, se entregará un envase del menor tamaño y/o contenido existente.</p>	

5.3. Antibióticos Inyectables:	<p align="center">Presentación</p> <p>Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.</p> <p>Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.</p>	<p align="center">Entregar</p> <p>Hasta 5 (cinco)</p> <p>El menor número posible de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas. Por ejemplo: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expendirse 3 (tres) envases = 6 (seis) ampollas.</p>
5.4. Psicofármacos:	<ul style="list-style-type: none"> El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia. 	
5.5. Otras especificaciones:	<p align="center">Cuando el médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> No especifica cantidades Sólo indica la palabra "grande" Equivoca la cantidad y/o contenido 	<p align="center">Debe entregarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> El envase de menor contenido. La presentación siguiente a la menor. El tamaño inmediato inferior al indicado.
6. Plan Materno Infantil:		
6.1. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> De todo tipo (Particular o de Instituciones). Debe contar con la leyenda "Plan Materno Infantil" o similar de puño y letra del profesional. Oficial de la Entidad con la leyenda "Plan Materno Infantil" (según muestra Punto 15). No requiere ningún tipo de autorización. 	
6.2. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos: Similar al resto de los planes Leches: Deben contar con previa autorización de la Entidad (ver punto 8). 	
6.3. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> Similar al resto de los planes. 	
7. Exclusiones:		
<p>Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el Manual Farmacéutico o similares, con excepción de los siguientes:</p>	<p>7.1. Accesorios. (Material de curaciones, descartable, tiras reactivas, etc.);</p> <p>7.2. Agentes Inmunosupresores;</p> <p>7.3. Agentes para contraste radiológico;</p> <p>7.4. Dentífricos;</p> <p>7.5. Derivados de la sangre y Eritropoyetina;</p> <p>7.6. Droga Enoxaparina</p> <p>7.7. Droga Orlistat (Ej.: Xenical o productos de próxima aparición);</p> <p>7.8. Droga Riluzol (Ej.: Rilutek o productos de próxima aparición);</p> <p>7.9. Droga Sildenafil (Ej.: Viagra, Sildefil, Lumix o productos de próxima aparición);</p> <p>7.10. Drogas Oncohematológicas (ej.: Leucomax, Neupogen, factores estimulantes de colonias).</p> <p>7.11. Drogas utilizadas en el tratamiento del sida;</p> <p>7.12. Elementos fijadores y de limpieza de prótesis dentales, pastas, polvos e hilo dental;</p> <p>7.13. Fórmulas magistrales, flores de Bach y herboristería;</p> <p>7.14. Interferones;</p> <p>7.15. Productos de perfumería, cosmética y dermatocosmética;</p> <p>7.16. Productos de uso exclusivo en internación;</p> <p>7.17. Productos de venta libre;</p> <p>7.18. Productos dietéticos, alimenticios y leches (*)</p> <p>7.19. Productos para quimioterapia antineoplásica (oncológicos);</p> <p>7.20. Productos que actúan sobre el crecimiento. (Hormona de crecimiento y anabólicos);</p> <p>7.21. Productos que regulan la natalidad. (Anticonceptivos orales, locales y productos para tratamiento de la esterilidad);</p> <p>7.22. Productos sin troquel;</p> <p>7.23. Soluciones parenterales de pequeño y gran volumen;</p> <p>7.24. Sueros y vacunas, excepto:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antihepatitis B Antitetánica Gamma globulina antitetánica 250 y 500 UI Doble bacteriana Triple bacteriana <p>(*) Leches cuentan con cobertura únicamente en el PMI, autorizadas previamente por OSPIHMP.</p>	

8. Autorizaciones Especiales:

Las autorizaciones correspondientes a Hipoglucemiantes Orales, Insulinas, Tiras Reactivas, Res. 310/04 y Excepciones a la Norma son válidas únicamente cuando se hallen autorizadas mediante firma y sello en la receta o vía fax, únicamente por alguna de las siguientes personas:

- CLAUDIO BURGOS
- SILVINA MORRONE
- REGINA VALERIANO

ATENCIÓN: Los Hipoglucemiantes Orales, Insulinas y demás productos pertenecientes a la Resolución 310/04 que NO se encuentren autorizados por la Entidad poseen una cobertura general del 50% de descuento.

9. Medicamentos Faltantes:

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.

10. Datos a completar por la farmacia:

10.1. Fecha de venta;

10.2. Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo;

10.3. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales)

10.4. La farmacia deberá adjuntar cualquiera de los comprobantes de venta detallados:

- Ticket fiscal propiamente dicho.
- Documento no fiscal HOMOLOGADO
- Duplicado o triplicado del ticket fiscal (idéntico al original pero con una leyenda de fondo "NO FISCAL").
- Facturas A, B o C.

10.5. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

10.6. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos;

11. Recomendaciones Especiales:

11.1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente;

11.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

- De acuerdo al orden de la prescripción.
- Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
- Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).

12. Presentación de Recetas:

Todas las recetas de OSPIHMP deben presentarse bajo un único plan "MIXTO". Es decir sin separarlas por porcentaje de descuento. En los resúmenes de liquidación y facturaciones se volcarán los importes correspondientes identificando el plan como "MIXTO".

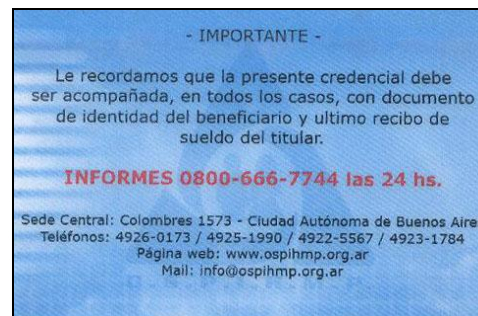
13. Atención de Consultas:

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con su Departamento de Atención al Cliente de **COMPAÑÍA** al (011) 4136-9090 – Fax: (011) 4136-9001. E-mail: info@csf.com.ar, de Lunes a Viernes, de 8:30 a 18:30 horas.

14. Muestra de Credenciales:



Frente



Dorso

OSPIHMP

Obra Social del Personal de la
Industria del Hielo y de Mercados Particulares

15. Recetario Plan Materno Infantil:

Obra Social del Personal de la Industria del Hielo y Mercados Particulares										CÓDIGO PROFESIONAL O INSTITUCIÓN O.S.P.I.H.M.P.		SERIE	RECETA N°	N° 0401	CÓDIGO OBRA SOCIAL 1-0940										
FECHA DE EMISIÓN				NÚMERO DE BENEFICIARIO				CAT	EDAD	CANTIDAD RECETADA			SEAF O BOGI	TÍTULO 1	TÍTULO 2	TÍTULO 3									
APELLIDO Y NOMBRE				SEXO				M	F	PRECIO UNITARIO (A)		IMPORTE (A)													
Rc				Rc				Rc		CANTIDAD ENVASA		TOTAL RECETA (A)		TÍTULO 4		TÍTULO 5		TÍTULO 6		TÍTULO 7		TÍTULO 8		TÍTULO 9	
Rc				Rc				Rc		CANTIDAD ENVASA		TOTAL RECETA (A)		TÍTULO 4		TÍTULO 5		TÍTULO 6		TÍTULO 7		TÍTULO 8		TÍTULO 9	
FIRMA PROFESIONAL										CANTIDAD ENVASA		TOTAL RECETA (A)		TÍTULO 4		TÍTULO 5		TÍTULO 6		TÍTULO 7		TÍTULO 8		TÍTULO 9	
BEMO INSTITUCIÓN										CANTIDAD ENVASA		TOTAL RECETA (A)		TÍTULO 4		TÍTULO 5		TÍTULO 6		TÍTULO 7		TÍTULO 8		TÍTULO 9	
BEMO ACLARACIÓN FIRMA Y MATRÍCULA										CANTIDAD ENVASA		TOTAL RECETA (A)		TÍTULO 4		TÍTULO 5		TÍTULO 6		TÍTULO 7		TÍTULO 8		TÍTULO 9	
FIRMA FARMACÉUTICO										CANTIDAD ENVASA		TOTAL RECETA (A)		TÍTULO 4		TÍTULO 5		TÍTULO 6		TÍTULO 7		TÍTULO 8		TÍTULO 9	
FIRMA FARMACÉUTICO										CANTIDAD ENVASA		TOTAL RECETA (A)		TÍTULO 4		TÍTULO 5		TÍTULO 6		TÍTULO 7		TÍTULO 8		TÍTULO 9	
FIRMA FARMACÉUTICO										CANTIDAD ENVASA		TOTAL RECETA (A)		TÍTULO 4		TÍTULO 5		TÍTULO 6		TÍTULO 7		TÍTULO 8		TÍTULO 9	
FIRMA FARMACÉUTICO										CANTIDAD ENVASA		TOTAL RECETA (A)		TÍTULO 4		TÍTULO 5		TÍTULO 6		TÍTULO 7		TÍTULO 8		TÍTULO 9	
FIRMA FARMACÉUTICO										CANTIDAD ENVASA		TOTAL RECETA (A)		TÍTULO 4		TÍTULO 5		TÍTULO 6		TÍTULO 7		TÍTULO 8		TÍTULO 9	
FIRMA FARMACÉUTICO										CANTIDAD ENVASA		TOTAL RECETA (A)		TÍTULO 4		TÍTULO 5		TÍTULO 6		TÍTULO 7		TÍTULO 8		TÍTULO 9	
FIRMA FARMACÉUTICO										CANTIDAD ENVASA		TOTAL RECETA (A)		TÍTULO 4		TÍTULO 5		TÍTULO 6		TÍTULO 7		TÍTULO 8		TÍTULO 9	
FIRMA FARMACÉUTICO										CANTIDAD ENVASA		TOTAL RECETA (A)		TÍTULO 4		TÍTULO 5		TÍTULO 6		TÍTULO 7		TÍTULO 8		TÍTULO 9	
FIRMA FARMACÉUTICO										CANTIDAD ENVASA		TOTAL RECETA (A)		TÍTULO 4		TÍTULO 5		TÍTULO 6		TÍTULO 7		TÍTULO 8		TÍTULO 9	

16. Recetario Cronicidad para 3 meses:

El siguiente recetario de cronicidad para 3 meses requiere previa autorización de OSPIHMP para su atención (ver punto 8).
Caso contrario, carece de cobertura.

RECETARIO CRONICIDAD PRESCRIPCIÓN PARA 3 MESES										HISTORIA CLÍNICA SIMPLIFICADA					
FECHA DE PRESCRIPCIÓN				NÚMERO DE BENEFICIARIO				EDAD	SEXO	CAT	NOMBRE APELLIDO				
APELLIDO Y NOMBRES				FORMA FARMACÉUTICA				UNIDADES	LETRAS	CANT.	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	% O.S.	DIAGNÓSTICO	
NOMBRE GENÉRICO Y DOSIS				FORMA FARMACÉUTICA				UNIDADES	LETRAS	CANT.	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	% O.S.	SÍNTOMAS Y SIGNOS RELEVANTES	
NOMBRE GENÉRICO Y DOSIS				FORMA FARMACÉUTICA				UNIDADES	LETRAS	CANT.	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	% O.S.	TIEMPO DE EVOLUCIÓN	
DIAGNÓSTICO No. 1				DIAGNÓSTICO No. 2				CODIGO O.S.: 1-1410-9		FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN		TOTAL RECETARIO		CAMBIO DE PRESCRIPCIÓN EN PLAN DE CRONICIDAD	
BEMO INSTITUCIÓN				FIRMA FACULTATIVA - SELLO - ACLARACIÓN DE FIRMA				FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN		FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN		TOTAL RECETARIO		NOMBRE GENÉRICO No. 1	
BEMO INSTITUCIÓN				FIRMA FACULTATIVA - SELLO - ACLARACIÓN DE FIRMA				FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN		FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN		TOTAL RECETARIO		DOSIS DIARIA	
BEMO INSTITUCIÓN				FIRMA FACULTATIVA - SELLO - ACLARACIÓN DE FIRMA				FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN		FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN		TOTAL RECETARIO		NOMBRE GENÉRICO No. 2	
BEMO INSTITUCIÓN				FIRMA FACULTATIVA - SELLO - ACLARACIÓN DE FIRMA				FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN		FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN		TOTAL RECETARIO		DOSIS DIARIA	
BEMO INSTITUCIÓN				FIRMA FACULTATIVA - SELLO - ACLARACIÓN DE FIRMA				FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN		FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN		TOTAL RECETARIO		FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL	

17. Manual de Uso – Archivo de Beneficiarios:

Detallamos a continuación la información que es remitida en el Archivo de Beneficiarios Habilitados:

Columna	Cantidad de caracteres
NÚMERO DE BENEFICIARIO	8 de 8
CATEGORÍA	2 de 2
NOMBRE Y APELLIDO	35 de 35
PORCENT. DE COBERTURA	2 de 2

Los datos antes mencionados se presentan separados por espacios en blanco, como en el siguiente ejemplo:

00000001	00 GAVARRI MARGARITA A.	50
00000003	00 GOMEZ MARIO MARCOS	50
00000003	01 CAMPERO DE GOMEZ HAYDEE	50
00000009	00 VIZCARRA CAYETANO	50
00000013	00 RAMOS ERNESTO EUSEBIO	50