

Última revisión: Junio/25

## CONVENIO OSUTHGRA

### NORMAS DE TRABAJO

| <b>Franquicias</b>                                                                                                                         | <b>A CARGO ENTIDAD</b>    | <b>A CARGO AFILIADO</b>   | <b>COBERTURA SOBRE</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------|
| <b>Ambulatorios OSUTHGRA</b>                                                                                                               | 40%                       | 60%                       | <b>VADEMÉCUM</b>       |
| <b>Ambulatorio con autorización o con sello aclaratorio.</b>                                                                               | 70%                       | 30%                       | <b>VEDEMECUM</b>       |
|                                                                                                                                            |                           |                           |                        |
| <b>Internado - Citostático -HIV y Planes Especiales Subsidiados</b>                                                                        | NO COBERTURA EN FARMACIAS | NO COBERTURA EN FARMACIAS | -----                  |
| <b>Plan Materno Infantil</b><br><i>Únicamente con autorización previa de Prestaciones Integrales del Comahue SRL</i>                       | 100%                      | -----                     | <b>VADEMECUM</b>       |
| <b>Insulinas</b><br><i>Únicamente con autorización previa de Prestaciones Integrales del Comahue SRL</i>                                   | 100%<br>Con autorización  |                           |                        |
| <b>Hipoglucemiantes Orales</b><br><i>Únicamente con autorización previa de Prestaciones Integrales del Comahue SRL</i>                     | 100%<br>Con autorización  |                           |                        |
| <b>Tirillas Reactivas Para Control De Diabetes</b><br><i>Únicamente con autorización previa de Prestaciones Integrales del Comahue SRL</i> | 100%<br>Con autorización  |                           |                        |
|                                                                                                                                            |                           |                           |                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>CREDENCIAL</b><br/> Oficial: SI<br/> Provisoria: UNICAMENTE CON LA AUTORIZACION DE LA OBRA SOCIAL</p> <p><b>CONSTANCIA DE LA ENTREGA DE DOCUMENTACION:</b> únicamente con credencial (corroborar vencimiento de la misma)</p> <p><b>TIPO DE RECETARIO:</b> digital o en papel prescripto por cualquier Médico u Odontólogo debidamente matriculado.</p> <p><b>VALIDEZ DELA RECETA:</b> treinta (30) días desde el expendio</p> <p><b>PSICOFARMACOS:</b><br/> Duplicado: SI<br/> Fotocopias: NO</p> <p><b>ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES</b><br/> Letras: SI                      Números: SI</p> <p><b>VALIDACIÓN ON LINE:</b> no posee</p> | <p><b>LIMITACIONES CANTIDAD Y TAMAÑO</b><br/> Hasta dos (2) especialidades por receta y hasta un (1) envase grande o dos (2) chicos del mismo medicamento en un solo y único renglón.</p> <p><b>Excepciones:</b><br/> - <b>Antibióticos inyectables monodosis:</b> hasta cinco (5) unidades.<br/> - <b>Antibióticos inyectables multidosis:</b> hasta dos (2) unidades.</p> <p><b>Si no indica:</b> El menor.<br/> <b>Si indica “GRANDE”:</b> El inmediato siguiente al menor.<br/> <b>Si erra:</b> El inmediato inferior al indicado.</p> <p><b>DIAGNOSTICO.</b><br/> Debe figurar uno o dos diagnósticos según sean prescriptos uno o dos medicamentos</p> <p><b>ESPECIALIDADES EXCLUIDAS:</b><br/> - PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE <b>NO</b> FIGUREN EN VADEMECUM. MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE.</p> <p><b>ENMIENDAS SALVADAS</b><br/> Por el médico: SI (errores de prescripción)<br/> Por el afiliado: SI (errores de expendio)<br/> Por el farmacéutico: SI (datos del afiliado)</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## **IMPORTANTE:**

- 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 y tipo farmacéutica concentración y dosis / unidad, con detalle de grado de concentración.
- La receta podrá indicar además del nombre genérico el nombre o marca comercial, pero en el supuesto que el genérico figure en el vademécum y el nombre comercial no, el personal farmacéutico, a pedido del consumidor, podrá sustituir el mismo por el incluido en el vademécum, siempre que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades.
- Cuando el profesional tratante considere que no cabe reemplazar el medicamento denominado por marca debe agregar, a continuación de la firma correspondiente a la prescripción y de su puño y letra, la justificación fundada que avale la decisión, bajo el título “Justificación de la prescripción por marca”, dejando luego nuevamente asentada su firma y sello. Cumpliendo con esto se deberá entregar lo prescripto siempre que se encuentre prescripto por el vademécum.
- La cobertura en embarazo será del 100% en aquella medicación exclusivamente relacionada a embarazo y parto.

LA COBERTURA DE LAS VACUNAS QUE FIGUREN DENTRO DEL VADEMECUM DE LA OBRA SOCIAL TENDRAN COBERTURA DEL 40% EXCLUSIVAMENTE CON **LA AUTORIZACIÓN PREVIA DE PRESTACIONES INTEGRALES DEL COMAHUE S.R.L.**

## **COBERTURAS:**

**40%. 70%. 100%**

**Según indique el recetario o autorización de la empresa.**

Según Vademécum Obra Social.

**70%**

Únicamente las recetas en las cuales figure el sello y/o autorización: **70 % de descuento** realizada por Prestaciones Integrales del Comahue SRL.

**100%**

**PMI: con autorización previa de Prestaciones Integrales del Comahue S.R.L.**

EMBARAZO Y PARTO: Desde el momento del diagnóstico y hasta 30 (treinta) días posteriores al parto.

NIÑOS: En medicamentos y hasta el primer (1er.) año de vida. Las LECHES MODIFICADAS Y / O MEDICAMENTOSAS serán provistas por la Obra Social, salvo expresa autorización de la Auditoría Médica.

Cuando se trate del niño de podrá presentar credencial a su nombre, o a nombre del padre o de la madre, y CONSTANCIA DE ENTREGA DE DOCUMENTACIÓN a nombre del padre o de la madre y DOCUMENTODE IDENTIDAD del padre o de la madre.

## **DOCUMENTACION:**

Afiliado Obra Social: Credencial de pertenencia a la Obra Social.

El recetario digital o en papel deberá contener, entre otros, los siguientes datos:

- NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO.
- NÚMERO DE AFILIADO.
- FECHA DE NACIMIENTO.
- MEDICAMENTOS PRESCRIPTOS (aclarando cantidad, tamaño, forma farmacéutica y potencia) **y con leyenda de tratamiento prolongado** si el envase fuera el más grande.
- DIAGNÓSTICO MEDICO o LA LEYENDA “SECRETO PROFESIONAL” O CODIFICACIÓN DE LA O.M.S.
- FECHA DE EMISIÓN.
- FIRMA DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE.
- SELLO DEL MÉDICO CON ACLARACIÓN DEL NÚMERO DE MATRICULA VISIBLES Y CLAROS.
- EL RECETARIO DEBERÁ SER ACOMPAÑADO CON EL TICKET DE LA VENTA, EL CUAL DEBE CONTENER DISCRIMINACIÓN DE DESCUENTOS, FECHA DE VENTA Y DETALLE DE MEDICAMENTOS EXPENDIDOS.
- EL RECETARIO DEBERÁ ESTAR CONFORMADO POR EL AFILIADO O TERCERO QUE INTERVENGA EN LA COMPRA.