

## NORMAS DE ATENCIÓN.

### **NORMAS DE LA RECETA**

La receta debe ser confeccionada a puño y letra del profesional solicitante, enmiendas salvadas por el medico. La receta deberá contener los siguientes datos para su reconocimiento.

- Nombre y Apellido del Afiliado
- Numero de afiliado
- Nombre del/ los medicamentos
- Cantidad de envases
- Diagnostico
- Fecha y firma del profesional y número de matricula
- Aclaración de la firma con sello de tinta.
- Conformidad: se debe colocar firma, aclaración y número de documento de la persona que retira.
- 

**La vigencia de la receta es de 15 días corridos.**

Todos los planes tienen VALIDACIÓN ON LINE POR OBSERVER
---

Planes: VER PLANILLA ADJUNTA

**OSPE RED OMIP – ENERO 2024**

Informamos que hemos aumentado el valor máximo de cobertura de medicamento para venta directa por mostrador a \$60.000 valor / producto. Los productos que sobrepasen ese valor, se le rechazará la cobertura y se le pedirá al afiliado que gestione la autorización correspondiente a través de la app de la obra social. Una vez confirmado, se le liberará por sistema la cobertura correspondiente.

***ESTAS NORMAS SON PARA APLICAR A TODOS LOS PLANES INCLUYENDO EL PLAN MATERNO INFANTIL***

## ***ANEXO II***

### NORMAS DE ATENCIÓN

#### **DE LA PRESCRIPCIÓN**

PRODUCTOS POR RECETA 2 (DOS)

UNIDADES Y RECONOCIMIENTO DE TAMAÑOS POR RENGLON

Se podrá dispensar: 01 envase grande o mediano por renglón, o 02 envases chicos por renglón.

#### RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS

Adelgazantes **NO**

Antibióticos inyectables **SI**

Monodosis 5 multidosis 1

Antisépticos de Superficie **NO**

Shampúes medicinales **NO**

Edulcorante En diabéticos solamente **SI (Con autorización previa de Red OMIP S.A.)**

Estimulantes de Eritropoyesis **SI (Con autorización previa de Red OMIP S.A.)**

Formulas magistrales **NO**  
 Gammaglobulinas especificas **SI (Con autorización previa de Red OMIP S.A.)**  
 Gammaglobulinas otras **SI (Con autorización previa de Red OMIP S.A.)**  
 Gangliosidos y/ o derivados **SI (Con autorización previa de Red OMIP S.A.)**  
 Hormonales **SI (Con autorización previa de Red OMIP S.A.)**  
 Hormonales de crecimiento **SI (Con autorización previa de Red OMIP S.A.)**  
 Interferones inyectables **SI (Con autorización previa de Red OMIP S.A.)**  
 Jabones medicinales **NO**  
 Lociones capilares **NO**  
 Lociones dérmicas **NO**  
 Medicación dermatológica de uso externo: **No se autoriza**  
 Medicamentos s/ clasificar altas **NO**  
 Medicamentos de internación y de uso hospitalarios **NO**  
 Medicamentos de venta libre **NO**  
 Medicamentos de esterilidad **NO**  
 Medicamentos que regulan la disfunción sexual **NO**  
 Anticonceptivos y anovulatorios **SI (Se reconoce hasta \$ 10.- un envase)**  
 Pantallas y filtros solares **NO**  
 Pasta dental (Venta bajo receta) **NO**  
 Radiopacos **SI**  
 Reactivos **SI (Con autorización previa de Red OMIP S.A.)**  
 Solventes indoloros **NO**  
**Vacunas: se autorizan solamente las que establece el plan nacional de vacunación**  
 Vacuna antihepatitis B **SI (Con autorización previa de Red OMIP S.A.)**  
 Vacuna antihepatitis A **SI (Con autorización previa de Red OMIP S.A.)**  
 Vacunas combinadas para hepatitis A y B **SI (Con autorización previa de Red OMIP S.A.)**  
 Vacuna antimeningitis **No se autoriza**  
 Vacuna antitetánica **SI**  
 Vacuna Antigripal: **SI (Únicamente en los casos indicados en normas con autorización previa)**  
 Vaselinas **NO**  
 Droga Isotretinoína ( Marcas comerciales Roacutan, Scheritonin, etc) **No se autoriza**  
 Medicamentos para tratamientos esclerosantes **No se autoriza.**  
**BUPROPION: NO. NO SE AUTORIZAN TRATAMIENTOS PARA DEJAR DE FUMAR.-**  
**LECHES :**  
 Enteras maternizadas **NO SE AUTORIZA**

#### - Plan Materno Infantil

El Plan Materno Infantil comprende la cobertura integral (100%) de medicación inherente a la mujer embarazada durante el embarazo y hasta 30 días después del parto y de los niños desde el nacimiento y hasta cumplir el primer año de vida.

#### Resoluciones Especiales

A los pacientes incluidos en Resoluciones Especiales que prevean cobertura integral (100%) de medicación, se le deberá proveer medicación oncológica, antihemofílicos, eritropoyetina, insulina, medicación de terapia inmunosupresora de transplantes de órganos, medicación específica en SIDA , etc.

**Para este tipo de beneficio el afiliado debe solicitar autorización previa en todos los casos sin excepción.**

#### MODIFICACIONES A PARTIR DE ABRIL 2018:

#### MODIFICACIONES EN OSPE RED OMIP A PARTIR DE ABRIL 2018

- SE VALIDA POR OBSERVER.
- **Los planes que requerían autorización previa no lo necesitan más**
- Productos con exclusión de cobertura (por ej. dermocosméticos, shampoo, lociones, jabones, Productos de venta libre...)
- Porcentajes de cobertura de todos los planes vigentes OSPE - Red OMIP
- Se eliminan los recetarios oficiales para todos los planes.

- Se eliminan los recetarios oficiales PMI para menores de 1 año, otorgándoles el 100% de acuerdo a su fecha de nacimiento.
- Se eliminan los recetarios oficiales para embarazadas otorgándoles el 100% de cobertura, siempre y cuando hayan presentado previamente en Delegación OSPe el Certif. de Embarazo correspondiente.
- Se elimina la previa autorización de los anticonceptivos. Se requiere previo empadronamiento en Delegación OSPe, para luego otorgar la cobertura directamente por farmacia durante 6(seis) meses con la cobertura correspondiente.
- Plan de Diabetes y medicación para patologías crónicas (Cobertura del 100% o 70%), se requiere previo empadronamiento en Delegación OSPe, para luego otorgar la cobertura directamente por farmacia durante 6(seis) meses con la cobertura correspondiente.
- Vacunas requieren siempre autorización previa.

PLANILLA DE PLANES:

<b>Plan de Servicio</b>	<b>Cobertura</b>	<b>Normativa</b>
OSPe SUR	40%	CON AUTORIZACIÓN ON LINE
OSPe-704 E	40%	
OSPe-706	40%	
OSPe-A 403	40%	
OSPe-A 423	40%	
OSPe-A 425	40%	
OSPe-D 456	40%	
OSPe-A 604	40%	
OSPe-A 608	40%	
OSPe-A 610	40%	
<b>MONOTRIBUTO</b>	40%	
<b>P.M.O.</b>	40%	
<b>P.M.O. MT</b>	40%	
<b>P.M.O. SD</b>	40%	
OSPe-A 402	50%	
OSPe-A 421	50%	
OSPe AFIP	50%	
OSPe PLUS	50%	
OSPe-A 600	50%	
OSPe-A 700	50%	
OSPe 704 Santa Cruz	60%	
OPESSA	70%	

<b>Anticonceptivos</b>	CON AUTORIZACIÓN ON LINE (y empadronamiento en OSPe Red Omip)
<b>Plan Materno Infantil (PMI)</b>	CON AUTORIZACIÓN ON LINE
<b>Resoluciones especiales - Medicación crónica</b>	CON AUTORIZACIÓN ON LINE (y empadronamiento en OSPe Red Omip)

Buenos días!

Por medio del mismo, informamos que a partir del 01/11/2022, para la dispensa de ANTICONCEPTIVOS y ANTIDIABETICOS ORALES SOLAMENTE se aceptará ordenes impresas (recetas electrónicas) otorgadas por la aplicación OSPreviene para la cobertura por RED OMIP (OSPe) las cuales vendrán con uno "N° de receta electrónica".

Una vez que el afiliado se presenta en la farmacia con las recetas electrónicas impresas en mano se debe validar por sistema de OSPE RED OMIP para su validación como hemos hecho siempre y luego proveer la medicación con la cobertura que figure en el validador. En el caso que el sistema le figure que no se encuentra autorizado, el afiliado deberá realizar los procedimientos con la obra social para tramitar sus autorizaciones como corresponde.

También cabe destacar que se seguirá respetando la vigencia de 15 días desde la fecha prescrita por el medico tratante.

Para todo el resto de medicamentos, el afiliado continuara presentando ordenes medicas originales o las generadas desde la aplicación DOC24. En el caso de copia debe estar adjunto su original, siendo excluyente esta condición para la provisión de medicamentos con cobertura.

**!!!ANTICONCEPTIVOS y ANTIDIABETICOS ORALES SOLAMENTE se aceptaran las recetas electrónicas presentadas por OSPreviene impresas para su provisión. Por lo tanto NO se aceptaran ordenes medicas originales para este tipo de medicamentos!!!**

Adjunto ejemplos

---

**Dr. Julio A. Harris**  
Ginecología y Obstetricia  
M.N. 80319

---

- Nombre y apellido:   
- DNI:   
- N° de afiliado: OSPE (Obra Social De Petroleros)

**Rp:**

ETINILESTRADIOL+GESTODENO  
FEMIANE  
GRAG.X 21  
1 Envase = 1 (UNO).

**Fecha:** 09-08-2022

  
Dr. Julio A. Harris  
Ginecología y Obstetricia  
M.N. 80319

---

**Dra.Marcela Barbeito**  
Diabetes y Nutricion  
M.N. 68255

---

- Nombre y apellido: ESTEBAN ALBERTO MURA  
- DNI: 21916195  
- N° de afiliado: OSPE (Obra Social de Petroleros) 2021916195700

**Diagnóstico:** Diabetes

**Rp:**

XELEVIA(sitagliptina)  
50 MG COMP.REC.X 28  
1 = UNO.

XELEVIA(sitagliptina)  
50 MG COMP.REC.X 28  
1 = UNO.

**Tratamiento prolongado**

---

**Fecha:** 03-10-2022



Dra.Marcela Barbeito  
Diabetes y Nutricion  
M.N. 68255

Muchas Gracias  
Leandro FS