



DIRECCION DE OBRA SOCIAL
SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL

NORMAS OPERATIVAS PARA LA RED DE FARMACIAS

❖ **PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN Y LIQUIDACIÓN**

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LAS FARMACIAS

1. DE LOS DESCUENTOS EN LA RED DE FARMACIAS.

1.1 DESCUENTOS AMBULATORIOS:

Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor al día del expendio.

❖ **FARMACIA SEDE CENTRAL**

**DESCUENTO AMBULATORIO: 50 %
A CARGO DEL AFILIADO: 50%**

❖ **FARMACIAS CABA – GBA – INTERIOR**

**DESCUENTO AMBULATORIO: 40 %
A CARGO DEL AFILIADO: 60%**

1.2 FORMAS DE PAGO

❖ **FARMACIA SEDE CENTRAL:** Las formas de pago serán:

- Contado
- Diferido (dto. de haberes, ajustándose siempre al monto estipulado por el **C.A.D.O.S. Resolución Acta 977**, en la actualidad se efectúa el mismo para afiliados que cobren igual o inferior a \$2500 mensuales, en un solo pago y con un 10 % de recargo)

❖ FARMACIAS CABA – GBA – INTERIOR

Las formas de pago estarán establecidas por las farmacias contratadas.

1.3 COBERTURA SOBRE VADEMÉCUM S.P.F.

1.3.1 PLAN DE COBERTURA DE CITOSTÁTICOS:

- FARMACIA SEDE CENTRAL

Medicamentos con cobertura 100% provistos directamente por el área de Insumos SPF Sede Central.

- INTERIOR

Medicamentos con cobertura 100% Serán entregados en las sedes centrales de cada provincia desde donde serán dispensados a los pacientes. En el caso de que la provincia no posea una sede central se le entregaran al afiliado en su domicilio.

1.3.2 PLAN DE COBERTURA PARA HIV:

- FARMACIA SEDE CENTRAL

Medicamentos con cobertura al 100% provistos directamente por Insumos en la Sede Central.

- INTERIOR

Medicamentos con cobertura al 100% Serán entregados en las sedes centrales de cada provincia desde donde serán dispensados a los pacientes. En el caso de que la provincia no posea una sede central se le entregaran al afiliado en su domicilio.

1.3.3 PLAN PARA DIABÉTICOS

- **HIPOGLUCEMIANTES ORALES:** cobertura del 100% incluida en el Vademécum del S.P.F.
- **INSULINAS:** cobertura del 100%, entregada por el Área de Insumos en la DIRECCION DE OBRA SOCIAL.
- **TIRAS REACTIVAS, AGUJAS, LANCETAS MEDIDOR DE GLUCEMIAY DIGITOPUNZOR:** cobertura del 100% según Vademécum

1.3.4 PLAN MATERNO INFANTIL

. **Plan Materno Infantil:** Este plan abarca la cobertura para la mama durante el embarazo y el parto a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes luego del nacimiento y la atención del recién nacido hasta cumplir el año de edad.

- **Cobertura para la madre:** los medicamentos exclusivamente relacionados e inherentes al embarazo y el parto tendrán cobertura del 100%. El P.M.I. para la madre se extiende hasta 30 días posteriores al parto. Para cubrir un medicamento deben cumplirse dos requisitos que se desprenden de la legislación: el primero, que el medicamento prescrito sea inherente al embarazo. Se entiende por inherente a que la condición que origina la necesidad de medicación tenga un vínculo directo con el estado de embarazo. El segundo es que ese medicamento este en el listado de medicamentos del formulario terapéutico de la resolución 310/04 que modificó la resolución 201/02 que aprobó el P.M.O. (la crema dermaglós no ingresa dentro del P.M.I.).
- **Cobertura para el hijo:** la cobertura del 100 % de la medicación requerida para el primer año de vida se dará siempre que esto figure dentro del listado de medicamentos esenciales (P.M.O. según decreto 592/95 y resolución 201/02 y 310/04 dictados por el Ministerio de Salud.

Vacunas: el P.M.I. incluye la cobertura al 100% de las vacunas del calendario oficial.

Leches: los hijos recién nacidos tendrán una cobertura de hasta cuatro (4) kg. Por mes dentro de los tres (3) primeros meses de vida.

2- PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

2.1 PRESCRIPCIÓN MÉDICA POR NOMBRE GENÉRICO

De acuerdo a las disposiciones legales vigentes Ley 25649. LEY DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS POR SU NOMBRE GENÉRICO, sancionada el 28 de agosto de 2002 la prescripción de medicamentos debe hacerse por su nombre genérico. Será imprescindible el uso del recetario oficial de la D.O.S. o entidad autorizada.

2.2 LISTADO SELECTIVO DE MARCAS (Vademécum)

Con el objeto de mantener la calidad de la prestación se mantiene un listado selectivo de marcas de reconocidos laboratorios de la Industria Farmacéutica, por lo que se solicita que en el caso de sugerir alguna marca comercial, se lo haga tomando como referencia las consignadas en el Vademécum de S.P.F.

2.3 PRESCRIPCIONES ESPECIALES

Los oncológicos, antivirales e inmunomoduladores requieren autorización previa de Sanitaria en Sede Central.

2.4 EXCLUSIONES GENERALES DE COBERTURA

- Medicamentos y/o Productos de Venta Libre
- Pastas, Polvos o Líquidos Dentífricos
- Fórmulas especiales o artículos para limpiar o fijar dentaduras postizas
- Jabones de todo tipo (aún los que contengan fórmulas medicamentosas)
- Callicidas
- Cepillos de todo tipo
- Productos de perfumería, tocador y belleza
- Productos para la estética corporal
- Vendas, gasas, alcohol, bolsas de goma y plástico y todo tipo de material descartable y accesorios médicos tales como instrumental de cirugía, jeringas, productos para diagnóstico, termómetros, atomizadores, inhaladores, nebulizadores.
- Mamaderas, pañales, sondas, etc.
- Colutorios bucales.
- Champúes, lociones y/o productos que no tengan fórmula medicamentosa y/o leyenda “venta bajo receta”, aún recetados por dermatólogos, pantallas solares, cremas anti estrías, cremas reductoras.
- Herboristería, recetas magistrales y productos homeopáticos.
- Productos o sustancias alimenticias y dietéticas en general.
- Productos para contraste radiológico y de diagnóstico.
- Leches comunes o maternizadas.
- Material radiactivo.
- Medicamentos importados no autorizados por salud pública.
- Anorexígenos.
- Anestésicos.
- Parches de nicotina.
- Solventes indoloros.
- Complejos Vitamínicos, Minerales, Energizantes, etc.

Para todo medicamento no incluido en el VADEMÉCUM no se aplicará descuento, el precio de expendio será el P.V.P.

3. NORMAS DE DISPENSACIÓN

3.1 DE LA DOCUMENTACIÓN DEL AFILIADO:

Para acceder a los descuentos en farmacia el afiliado siempre deberá concurrir con:

- Documento de identidad del beneficiario
- Credencial de afiliación del S.P.F
- Receta correspondiente

3.2 DE LAS RECETAS:

Las recetas deben presentar los siguientes requisitos:

- **Numero de afiliado**
 - **Fecha de emisión**
 - **Firma, sello, número de matrícula y nombre y apellido del médico.**
-
- La entidad no reconocerá como validas aquellas recetas donde estos datos no sean claramente legibles en su totalidad.
 - Detalle de los medicamentos.
 - Cantidades de los medicamentos en números y letras.
-
- Estos datos deberán ser escritos por el médico utilizando la misma tinta, tanto en la prescripción como en la firma. Los datos deberán ser completados en todos los casos de puño y letra por el profesional, sin enmiendas, ni tachaduras, salvo que las mismas hayan sido convalidadas al reverso del recetario.

Si el número de afiliado presente en la receta es incorrecto la farmacia puede arreglarlo con firma y sello del farmacéutico.

La receta es válida para la venta durante **los 30 días** posteriores a la fecha de su emisión. **Requiere recetario oficial**

3.3 DE LOS MEDICAMENTOS

Prescripción por denominación común internacional, con posibilidad de sugerir marca siempre y cuando este dentro del Vademécum.

- Si la receta aclara el tamaño y la dosis, se expendirá lo requerido.
- Si la receta no aclara tamaño deberá expendirse el menor tamaño.
- Si no aclara dosis debe expendirse la menor dosis.
- Si el médico se equivoca en el tamaño, se entrega el de menor tamaño y si se confunde en la dosis se entrega la menor dosis.
- Si el médico prescribe grande, se entrega el tamaño inmediato superior al pequeño que este cubierto por el Vademécum.
- Los antibióticos inyectables monodosis pueden prescribirse hasta 4 unidades,
- por renglón. Los antibióticos inyectables multidosis pueden prescribirse hasta 1 unidad por renglón.

3.4. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO

- Pegar o abrochar el troquel de cada uno de los productos vendidos al lado del nombre de cada medicamento, en caso de abrochar el troquel del medicamento se deberá observar de manera exacta el código del mismo.
- Colocar sello en el dorso de la receta con los siguientes datos

o Nombre del afiliado o de tercero interviniente
o Dirección

- o Teléfono
- o DNI
- o Aclaración y firma

Para las farmacias contratadas por el S.P.F

- Colocar sello de la farmacia donde conste:

- o Nombre de la farmacia
- o Nombre del director técnico
- o N° de matrícula
- o Dirección
- o Teléfono

Las recetas deberán ser numeradas al dorso y no podrán ser enmendadas las correcciones, salvo con firma del afiliado y de la farmacia.

Los medicamentos que no sean dispensados deben ser anulados. Solo serán reconocidos por S.P.F los medicamentos que estén incluidos en el vademécum, o en caso de no estarlo, con autorización correspondiente.

3.4.1 Cantidad de medicamentos por receta aceptados: 4 (CUATRO)

- 2 envases pequeños y 2 envases grandes por receta, teniendo en cuenta que en el caso de los psicotrópicos podrá indicarse un envase grande por renglón.
- 10 envases por receta en el caso de suplementos alimenticios

3.4.2 TRATAMIENTO NORMAL

- La receta será válida para medicamentos de tamaño único o pequeño.

3.4.3 TRATAMIENTO PROLONGADO

- La receta será válida cuando presente por escrito de puño y letra del médico la leyenda "TRATAMIENTO PROLONGADO"

3.4.4 PSICOTRÓPICOS

Debe presentarse duplicado y original escrita por el médico de puño y letra.

4. NORMAS DE PRESENTACIÓN DE FACTURACIÓN

4.1 DE LA PRESENTACIÓN DE LAS RECETAS:

- La fecha de presentación será del 1 al 10 de cada mes.
- El período de facturación va del primer día hasta el último día del mes.

- Las recetas deben ser presentadas hasta 30 días después de la fecha de expendio.
- Las recetas deben estar numeradas de uno en uno.
- Deberá adjuntarse a las recetas el ticket no fiscal correspondiente.
- Presentar recetas separadas por porcentaje a cargo de OBRA SOCIAL S.P.F
- Presentar recetas separadas en lotes de hasta 50 recetas cada uno.

Cada lote deberá tener una carátula donde conste:

- N° de Lote
- Número de recetas
- Total facturado
- A cargo de OBRA SOCIAL SPF
- A cargo del afiliado

Los lotes deberán totalizarse en la carátula principal, esta debe contener los siguientes datos:

- Total de Recetas
- Cantidad de Recetas
- Firma y sello del responsable de la farmacia.
- La carátula principal debe contener
- Nombre de la farmacia.
- Dirección.
- Teléfono.
- CUIT/CUIL.
- Fecha de emisión.
- Cantidad de recetas. (Desde/Hasta)
- Total facturado
- Total a cargo del beneficiario.
- Total a cargo de OBRA SOCIAL SPF
- Porcentaje de bonificación a favor de OBRA SOCIAL SPF
- Total de unidades vendidas
- Firma y sello del farmacéutico.

4.2 PLAZO DE FACTURACIÓN:

- **60 días (pasado ese lapso, se vencen)**
- **La facturación no podrá contener recetas de meses posteriores.**

4.3 NORMAS DE REFACTURACIÓN

- Serán las recetas que se devuelvan para realizarles algún tipo de enmienda.
- Deben presentarse al mes siguiente, después del último lote, como lote aparte y cumpliendo con los mismo requisitos mencionados anteriormente para la presentación.

4.4 MOTIVOS DE REFACTURACIÓN

- La refacturación se realizara solo ante necesidad extrema, en casos de error de facturación en los descuentos a realizar
- Por problemas de incorporación de datos del afiliado o medico en la facturación realizada.
- Por error en dispensación, obviamente luego de haber avisado al afiliado y realizado el cambio pertinente de la medicación mal dispensada.

4.5 CAUSALES DE DÉBITOS

4.5.1 Débito parcial

- Error de precio: se descuenta la diferencia entre lo facturado y el precio real del medicamento, conforme al manual farmacéutico.
- Error de descuento: cuando la farmacia realiza un descuento distinto al que corresponde al plan del afiliado
- Exceso de máximos por receta (tamaños, unidades, cantidades, etc.): Se abonará el máximo permitido de acuerdo al tipo de tratamiento establecido por el médico en la receta.
- Falta parcial de troquel en la receta o troquel no corresponde: se descuenta el producto al que le falte el troquel correspondiente.
- Medicamentos no cubiertos o no autorizados: Se cubre solo el que cumple con las normas operativas.

4.5.2 Débito total

- Ningún producto cubierto por OBRA SOCIAL SPF en la receta.
- Totalidad de productos que necesitan autorización y no están autorizados.
- Ausencia de los troqueles.
- Socio dado de baja o inexistente.
- Falta firma o sello del médico según corresponda.
- Receta vencida para su presentación.
- Receta devuelta el mes anterior para su refacturación, que no haya sido enmendada.
- Enmiendas de médico o la farmacia, que no hayan sido salvadas por el médico o la farmacia, según corresponda con la correspondiente firma del afiliado.
- Receta sin fecha de prescripción.
- Receta sin comprobante de venta, ticket fiscal.
- Receta sin numerar.
- Receta que tenga incompletos los datos del afiliado.
- Receta no presente en la liquidación presentada a la entidad.
- Medicamento que no figura en vademécum o que se encuentran en el punto **2.4 Exclusiones Generales de Cobertura.**

5 ADJUNTO I

MODELO DE CREDENCIAL

6 ADJUNTO II

CALENDARIO DE VACUNACION NACIONAL

7 ADJUNTO III

PLAN DIABETES

8 ADJUNTO IV

PORCENTAJE DE COBERTURA EN MEDICACION



DIABETES



Dirección de Obra Social
Servicio Previsionario Federal

PORCENTAJES DE COBERTURA EN MEDICAMENTOS E INSUMOS PARA EL CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES

100%

PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 1

- *Insulina. Concentración U-100. Tipos: Lispro, Corriente, MPH, Lenta Ultralenta. Origen: Bovino, Porcino, Humano, Análogo.*
- *Jeringas Descartables para Insulina*
- *Agujas Descartables Subcutánea*
- *Lancetas Descartables*
- *Digitopunzor Automático (uno cada 2 años)*
- *Tiras reactivas para glucosa en sangre*
- *Tiras reactivas para glucosa en orina (combinación para glucosa y cetonas en orina)*
- *Bomba de Infusión continua para Insulina (previa autorización de auditoría)*

PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2

- *Antidiabéticos Orales*
- *Tiras reactivas para glucosa en sangre*
- *Tiras reactivas para glucosa en orina*

PORCENTAJES DE COBERTURA EN MEDICACION



Dirección de Obra Social
Servicio Prebendario Federal

100%

- Eritropoyetina destinado al tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica
- Dapsona destinada al tratamiento de Lepra en cualquiera de sus formas clínicas
- Droga para uso Oncológico
- Drogas para el tratamiento de la Tuberculosis
- Insulina
- Piridostigmina destinado al Tratamiento de la Miastenia Gravis
- Anticonceptivos

70%

Para las siguientes enfermedades crónicas:

- Enfermedades Cardiovasculares y Tratamientos de Prevención primaria o secundaria (Hipertensión Arterial Esencial; Hipertensión Arterial Secundaria; Insuficiencia Cardíaca Arritmias; Terapéuticas Antigregante; Prevención Primaria de la Cardiopatía Isquémica.
- Enfermedades Respiratorias (Asma Bronquial; Fibrosis Pulmonar)
- Enfermedades Neurológicas (Enfermedades de Parkinson; Epilepsia)
- Enfermedades Psiquiátricas (Trastorno Bipolar; Psicosis orgánicas)
- Enfermedades inflamatorias Crónicas y Reumáticas (Gota Crónica)
- Enfermedades Oftalmológicas (Glaucoma)
- Enfermedades Endócrinas (Hipertiroidismo; Hipotiroidismo; Dislipemias)

50%

La Cobertura del 50% en la medicación recetada incluida en el Vademecum de la Dirección de Obra Social, en la FARMACIA DE SEDE CENTRAL

40%

La Cobertura del 40% en la medicación recetada incluida en el Vademecum de la Dirección de Obra Social, en las FARMACIAS CONVENIDAS DE CAPITAL FEDERAL, GRAN BUENOS AIRES E INTERIOR DEL PAIS

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

El Estado Nacional garantiza **VACUNAS GRATUITAS** en centros de salud y hospitales públicos de todo el país

Vacunas Edad	BCG (1)	Hepatitis B HB (2)	Neumococo Conjugada (3)	Quintuple Pentavalente DTP-HB-Hib (4)	Cuádruple o Quintuple Pentavalente (5)	Sabin OPV (6)	Triple Viral SRP (7)	Gripe (8)	Hepatitis A HA (9)	Tripe Bacteriana Celular DTP (10)	Tripe Bacteriana Acelular dTpa (11)	Doble Bacteriana dT (12)	Virus Papioma Humano VPH (13)	Doble Viral SR (14)	Fiebre Amarilla FA (15)	Fiebre Hemorrágica Argentina FHA (16)	
Recién nacido	única dosis (A)	dosis neonatal (B)															
2 meses			1ª dosis	1ª dosis		1ª dosis											
4 meses			2ª dosis	2ª dosis		2ª dosis											
6 meses				3ª dosis		3ª dosis											
12 meses			refuerzo				1ª dosis	dosis anual (E)	única dosis								
15-18 meses					1º refuerzo	4ª dosis											
18 meses															1ª dosis (K)		
24 meses																	
5-6 años (ingreso escolar)						refuerzo	2ª dosis				2º refuerzo						
11 años											refuerzo		3 dosis (mujeres)		refuerzo (L)	única dosis (M)	
A partir de los 15 años																	
Adultos												refuerzo (I)				iniciar o completar esquema (N)	
Embarazadas								dosis anual (F)			refuerzo (J)						
Puerperio								dosis anual (G)									
Personal de salud								dosis anual			única dosis (H)						

(A) Antes de egresar de la maternidad.

(B) En los primeros 12 horas de vida.

(C) Si no hubiera recibido el esquema completo deberá completarlo.

En caso de tener que iniciarlo: aplicar 1ª dosis, 2ª dosis al mes de la primera y 3ª dosis a los 6 meses de la primera.

(D) Si no hubiera recibido dos dosis de Triple Viral o una de Triple Viral más una dosis de Doble Viral.

(E) Deberán recibir en la primovacunación 2 dosis de vacuna separadas al menos por cuatro semanas.

(F) En cualquier trimestre de la gestación.

(G) Madres de niños menores a 6 meses que no se vacunaron durante el embarazo.

(H) Personal de salud que atiende niños menores a 1 año.

(I) A los 10 años de la última vacunación antitetánica.

(J) A partir de la semana 20 de gestación.

(K) Residentes en zonas de riesgo.

(L) Residentes en zonas de riesgo. Única refuerzo a los 10 años de la 1ª dosis.

(M) Residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zonas de riesgo.

(1) BCG: Tuberculosis (formas invasivas)

(2) HB: Hepatitis B

(3) Previene la Meningitis, Neumonía y Sepsis por Neumococo.

(4) DTP-HB-Hib: (Quintuple/Pentavalente) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hep B, Haemophilus Influenzae b.

(5) Cuádruple DTP-Hib: Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Haemophilus influenzae b. Quintuple/Pentavalente: Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hep B, Haemophilus Influenzae b. Aplicar la que este disponible.

(6) OPV: (Sabin) Poliomieltis Oral.

(7) SRP: (Triple viral) Sarampión, Rubéola, Paperas.

(8) GRIPE

(9) HA: Hepatitis A

(10) DTP: (Triple Bacteriana Acelular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.

(11) dTpa: (Triple Bacteriana Acelular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.

(12) dT (Doble Bacteriana) Difteria, Tétanos.

(13) VPH: Virus Papioma Humano, causante del 100% de los casos de cáncer de cuello de útero.

(14) SR: (Doble Viral) Sarampión, Rubéola.

(15) FA: (Fiebre Amarilla)

(16) FHA: (Fiebre hemorrágica argentina)

Para más información:

0-800-222-1002 www.msal.gov.ar

