

NORMAS DE ATENCIÓN

OSAM

- **ACREDITACIONES:**

AFILIADOS: deberán exhibir la CREDENCIAL OFICIAL, ÚLTIMO BONO DE SUELDO, DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y RECETA CONFORMADA COMO SE INDICA.

- **COBERTURA:**

FORMULARIO TERAPÉUTICO: Resolución 310/04.

El presente formulario terapéutico se ha diseñado en función de lo solicitado por la Super Intendencia de Salud en su Resolución 310/04, por lo que contempla cobertura a cargo de la Prestadora sobre el precio de venta al público según el plan del cual se trate.

En el formulario terapéutico se describen las monodrogas y/o asociaciones de monodrogas reconocidas, a su vez, en cada una de éstas se contemplan marcas comerciales que tendrán cobertura por parte de la obra social, con los descuentos que se detallan más adelante, con su concentración, presentación y forma farmacéutica.

Al expender una receta se deberá tener en cuenta:

- Si el médico prescribe por denominación genérica (monodroga y/o asociación), se deberá verificar en el formulario **terapéutico cuáles son las marcas comerciales contempladas y que tengan el mismo principio activo o combinación de ellos, igual forma farmacéutica, igual concentración, que se encuentran con reconocimiento** de la Obra Social, y ofrecer al beneficiario todas las alternativas posibles para que el mismo decida cual adquirir. Una vez acordado el o los medicamentos se le realizará al beneficiario el 40%, 70% ó 100 % a cargo de la Obra Social según corresponda, debiendo el beneficiario abonar el 60%, 30% ó 0% respectivamente.
- Si el médico prescribe por nombre comercial, a solicitud del beneficiario, se le deberá ofrecer las alternativas del vademécum de menor costo. Se podrá reemplazar el medicamento por otro con igual monodroga, concentración, forma farmacéutica y unidades, reconociendo el descuento por parte de la Obra Social si éste se encuentra incluido en el formulario terapéutico y con el porcentaje de reconocimiento antes descripto y que se especifica para cada plan.
- Para todos los casos, **se deberá colocar el troquel del medicamento expendido** debiendo el beneficiario avalar con su firma la aceptación del mismo o de su reemplazo, en caso de realizarse, y que ha comprendido todas las explicaciones e información en relación a la dispensa efectuada.

TIPOS DE COBERTURA:

- **AMBULATORIO**

Tendrá un descuento del 40 %, 70% ó 100 % a cargo de la Obra Social según indique formulario terapéutico.

- **PLAN MATERNO INFANTIL 100 %**

Tendrá un descuento del 100 % a cargo de la Obra Social para todos aquellos medicamentos que fueron contempladas en el Formulario Terapéutico adjunto y que se encuentren señalados con la sigla PMI. El resto de las presentaciones que no se señalan con la sigla antes dicha y que se encuentren comprendidas en el Formulario terapéutico tendrá un descuento del 40 %, ó 70% a cargo de la Obra Social según indique vademécum.

EN RELACIÓN A LOS PLANES MATERNOS

1) EMBARAZADAS: desde el diagnóstico positivo de embarazo y hasta 30 días posteriores al parto.

2) RECIÉN NACIDOS: La cobertura para los niños es desde el nacimiento hasta el primer año de edad en medicamentos que figuren en **vademécum ambulatorio**.

Importante: La cobertura del Plan Materno Infantil es hasta el día en que el beneficiario cumple 1 (un) año de edad para los medicamentos incluidos en vademécum; por lo tanto la farmacia deberá exigir se presente el documento de identidad o certificado de nacido vivo del beneficiario, ya que si nuestra auditoría detectara que dicho beneficiario posee más de un año de vida, serán debitadas por no corresponder dicho descuento.

Quedan excluidas todo tipo de leche maternizada y medicamentosa.

- **DEL RECETARIO:**

Tipo: Oficial

Vencimiento: 20 días de emitido Y 15 días de prescripta

- **PRESCRIPCIÓN:**

La prescripción deberá estar hecha de puño y letra del médico tratante, firmando y sellando lo prescripto.

La fecha de prescripción se deberá conformar en N° arábigos y no se aceptará en N° romanos.

- **ENMIENDAS:**

Toda enmienda hecha en la prescripción deberá ser salvada por el médico tratante bajo la leyenda de digo..... (lo enmendado) firmando y sellando el médico nuevamente lo salvado.

1-

Toda diferencia caligráfica, grafológica, o de tinta será causal de débito, si no es salvada por el médico prescriptor en la forma antes mencionada.

- **LIMITACIONES:**

Se aceptarán por receta:

CANTIDADES: 2(dos) R/p por receta.

Uno grande y uno chico o dos chicos

UNIDADES: 1(una) unidad por R/p

Antibióticos monodosis hasta 5(cinco) unidades

Antibióticos multidosis 1(una) unidad

TAMAÑOS: *Si no indica tamaño, se dispensará el más CHICO.-

*Si indica tamaño GRANDE, se dispensará el envase que le sigue.

*Si indica el envase mayor deberá consignar la cantidad de unidades y la LEYENDA TRATAMIENTO PROLONGADO.

• **EXCLUSIONES DE LA COBERTURA:**

Quedan excluidos de las prestaciones los medicamentos para LAS INTERNACIONES, MEDIOS DE CONTRASTE, ONCOLÓGICOS, LAS PREPARACIONES MAGISTRALES, LOS PRODUCTOS DE VENTA LIBRE (no contemplados en vademécum) Y TODA MONODROGA QUE NO SE ENCUENTRE EXPRESADA EN EL FORMULARIO TERAPÉUTICO.

• **PROHIBICIONES:**

- Deberán ser rechazadas todas aquellas recetas que sean prescriptas por Médicos Auditores excepto las transcripciones de recetas particulares a recetarios oficiales en cuyo caso deberán adjuntar la receta prescripta por el médico tratante.

-No deberán atenderse los medicamentos fuera de vademécum y que se encuentren autorizadas por Delegados, Encargados de Agencia, o de Boca de Expendio salvo expresa autorización de REVISAR S.A.

-No se podrá expender ningún tipo de medicamento fuera del Vademécum o con mayor descuento salvo expresa autorización de REVISAR S.A.

-Médicos Odontólogos: No podrán prescribir Psicofármacos, Estupefacientes, Anabólicos, etc.

• **DE LA FARMACIA**

1. SUSTITUCIÓN:

Se podrán sustituir la medicación prescripta de acuerdo a la Ley Nacional en donde se especifica que todo medicamento prescrito podrá ser reemplazado por el Profesional Farmacéutico por otro medicamento de igual monodroga, forma farmacéutica, concentración, tamaño y dosificación pero de menor valor.

En base a lo expuesto se podrán sustituir los medicamentos prescriptos que no figuren en el vademécum de la Obra Social por otro similar, en las condiciones antes mencionadas, que sí se encuentre en el Vademécum de la Obra Social.

Importante: El profesional farmacéutico podrá recurrir al cambio de medicamento siempre y cuando el ministerio de salud de la Provincia se haya adherido a la Ley Nacional mediante decreto correspondiente.

2-

2. LLENADO DE LA RECETA:

Las recetas deberán ser llenadas por el profesional farmacéutico en donde deberá colocar:

- Fecha de dispensación: verificar al hacerlo que la receta no exceda de los 15 días de prescripta.
- Porcentaje de descuento.
- Precio unitario.
- Precio total.
- Total a cargo de beneficiario, total a cargo de la Obra Social (importes bonificados en genéricos B).
- N° de orden de la receta.
- Sello de la farmacia y firma del profesional responsable.

Todos éstos datos deberán figurar en forma clara y legible sin ningún tipo de tachaduras o enmiendas, de no ser así serán causa de débito.

3. ENMIENDAS

Toda enmienda de los datos mencionados en el punto anterior, deberá ser salvada **al dorso de la receta** y la persona que recibe la medicación deberá firmar y aclarar su nombre y colocar su N° de documento avalando dicha salvedad. De no ser así dichas recetas serán debitadas.

4. OMISIONES:

Todo dato omitido por la farmacia será causal de débito, una vez ocurrido el mismo no se podrá refacturar dicha receta si dicho dato no es salvado al dorso de la receta con firma, nombre, domicilio y N° de documento del adquirente.

5. DE LA PERSONA QUE RETIRA LA MEDICACIÓN:

Toda persona que retira la medicación deberá colocar sin excepción: Tipo y N° de documento, Firma y Aclaración de la misma (con Nombres y Apellidos Completos) y Domicilio completo.

• **NORMAS DE PRESENTACIÓN:**

Deberán confeccionar una carátula (ver Carátulas de presentación) para cada plan en donde figuren:

- Nombre de la institución.
- Mes correspondiente.
- Tipo de plan, Descuento.
- Detalle de farmacia por farmacia con la cantidad de recetas presentada en el plan.
- Total facturado.
- Total a cargo de la Obra Social. (Importes ya bonificados)

Los planes a caratular son: Carátula 1: OSAM AMB 40 %.

Carátula 2: OSAM PMI 100 % y 40%

Fecha de presentación:

Cierre: el día 15 del mes en curso.

Presentación: Hasta el 20 del mismo mes

Toda facturación que se reciba pasada las fechas de presentación será tratada con la facturación del mes siguiente.

Toda receta no presentada en el mes correspondiente podrá ser presentada **hasta el mes siguiente**. Pasado dicho plazo serán rechazadas.