

ANEXO II

NORMAS DE ATENCIÓN OSPERYHRA (OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE EDIFICIOS DE RENTA Y HORIZONTAL DE LA REPÚBLICA ARGENTINA)

1) DESCUENTOS:

| Tipos de planes | A cargo del afiliado | A cargo de la O.Social |
|-----------------------|----------------------|------------------------------|
| AMBULATORIO | 60% | 40% |
| CRÓNICOS | 30% | 70% con autorización previa |
| PLAN MATERNO INFANTIL | 0% | 100% con autorización previa |

2) REQUISITOS DE LA RECETA:

Tipo de recetario; (todos los planes): **oficial** (se adjunta modelo)
 Datos escritos por el médico en manuscrita:

- Fecha de emisión o prescripción
- Nombre y apellido del afiliado
- Firma y sello del profesional, aclaración de firma y número de matrícula.
- Detalle de los medicamentos (en nombre genérico)
- Cantidad de los medicamentos

5

Orden de Medicación

fecha emisión _____ fecha vencimiento _____

fecha entrega _____

datos adicionales beneficiario: EDAD SEXO PESO

diagnóstico

medicamento

1

2

farmacia

| forma farmacéutica | dosis diaria CANTIDAD DOSIS | días de tratamiento | control entrega | precio unitario | importe |
|--------------------|--------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------|---------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| total | | | | | |
| beneficiario | | | | | |
| obra social | | | | | |

sello y firma Farmacéutico

datos del titular

NOMBRE Y APELLIDO _____ FIRMA _____

NRO. BENEFICIARIO _____

PROFESIONAL QUE SOLICITA _____

FIRMA Y SELLO _____

DIAGNOSTICO: opcional. No será motivo de débito.

3) PRESCRIPCIÓN:

Por denominación **genérica**, pudiendo sugerir entre paréntesis una marca comercial.

4) VADEMECUM:

Posee vademecum de la Resolución 310/04.

5) VALIDEZ: (todos los planes):

- Para la venta: 30 días
- Para la presentación: 60 días

5/4

[Handwritten signatures]

[Handwritten signature]

VICTOR SANTA MARIA
 PRESIDENTE
 O.S.P.E.R.Y.H.R.A.

[Handwritten signature]

WALTER GONZALEZ
 VICEPRESIDENTE
 O.S.P.E.R.Y.H.R.A.

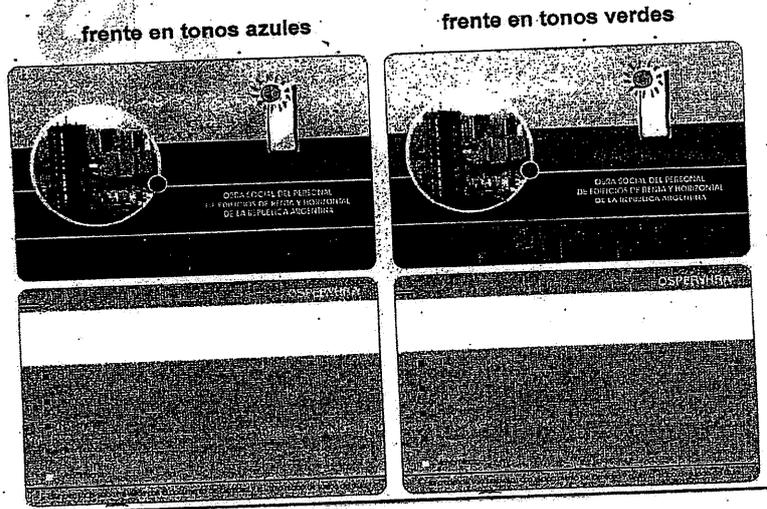
6) CANTIDADES RECONOCIDAS:

- Cantidad de medicamentos totales por receta: hasta 3(tres).
- Cantidad de medicamentos distintos por receta: hasta 2(dos).
- Cantidad de medicamentos por renglón: como máximo 2 envases chicos, y en el siguiente renglón pueden prescribir 1(un) envase grande.

Cuando en la receta médica no conste el tamaño del medicamento prescripto se hará entrega – según el caso- del más chico o del de menor presentación.
Antibióticos inyectables: se reconocen hasta 6 (seis) envases monodosis, o 2 (dos) multidosis.

7) REQUISITOS DEL AFILIADO:

Deberá presentar: (todos los planes) Carnet de afiliación, cuyo modelo se adjunta y DNI que acredite su titularidad.
Para aquellos casos en que el afiliado no pueda presentarse a retirar los medicamentos se aceptará la presentación de un tercero, el que deberá concurrir con el correspondiente carnet de afiliación del beneficiario.



8) REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:

Deberá cumplimentarse lo siguiente: (todos los planes)

- Pegar o abrochar el/los troqueles en el lugar correspondiente
- Si el producto no tuviera troquel colocar la sigla S/T
- Importes totales a cargo de la entidad y del afiliado (manualmente en el recetario o bien adjuntando el ticket detallado)
- Fecha de expendio, entrega o dispensación (como en el caso anterior, manualmente o con ticket)
- Firma del asociado, aclaración y número de documento; o bien del tercero que retira los medicamentos.

9) ENMIENDAS:

- Recordar que las correcciones y enmiendas de la prescripción deberán ser salvadas por el médico
- El farmacéutico podrá salvar el número de afiliado en las recetas colocando el que figura en la credencial vigente del afiliado.

10) ACLARACIONES:

- La farmacia podrá optar entre adosar a la receta la copia del ticket fiscal con los datos que registre el mismo (fecha de venta, importes totales y a cargo, cobertura, cantidad entregada, etc) o bien transcribirlo manualmente en el recetario oficial.
- En lo que respecta a refacturación: todas las recetas se pueden refacturar, una vez subsanado el error, a excepción de aquellas en donde el afiliado no corresponda a la obra social, o bien, cuando el medicamento no esté comprendido dentro del vademecum de la Obra social.

5/5

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

VICTOR SANTA MARIA
PRESIDENTE
O.S.P.E.R. Y H.R.A.

[Large handwritten signature]

FIRMA CERTIFICADA EN SELLADO
DE CERTIFICACION DE FIRMA
N° 0.1213684/85

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

WALTER GONZALEZ
VICEPRESIDENTE
O.S.P.E.R. Y H.R.A.
EDUARDO DAVEL
Escribano Titular
REGISTRO N° 15 - Neuquén



Solicitud de prestación Medicamentos

Fecha de emisión Válido hasta Fecha de entrega / /



0000193062708400000000234832

NEUQUÉN

Nº:

| |
|--------------------------------|
| Tipo de atención |
| Apellidos |
| Nombres |
| Edad Sexo |
| Nro de beneficiario |
| Teléfono |
| Filial |
| Firma Afiliado |

| |
|-------------------------|
| Profesional solicitante |
| Firma y Sello |

Medicamento

| 1 | Forma farmacéutica | Dosis diaria | | Días de tratamiento | Control entrega |
|---|--------------------|--------------|-------|---------------------|-----------------|
| | | Cantidad | Dosis | | |
| | | | | | |
| | Precio unitario | Importe | | Troquel | |
| | | | | | |

| 2 | Forma farmacéutica | Dosis diaria | | Días de tratamiento | Control entrega |
|---|--------------------|--------------|-------|---------------------|-----------------|
| | | Cantidad | Dosis | | |
| | | | | | |
| | Precio unitario | Importe | | Troquel | |
| | | | | | |

Diagnóstico

| |
|--|
| |
|--|

| |
|----------------------------|
| Farmacia |
| |
| Sello y firma farmacéutico |
| |

| |
|--------------|
| Total |
| Beneficiario |
| Obra social |



OSPERYHRA