|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **A CARGO** | **A CARGO** | COBERTURA | VALIDACION |
|  | **O.S.** | **AFILIADO** | **SOBRE** | **ONLINE** |
| AMBULATORIO**(\*)** | 40% | 60% | VADEMECUM  | **SI** |
| CRONICIDAD **(\*)** | 70% | 30% | VADEMECUM  | **SI** |
| PLAN MATERNO INFANTIL **(\*)** | 100% | ---- | VADEMECUM  | **SI** |
| AUTORIZACIONES ESPECIALES **(\*1)** | VARIABLE | VARIABLE | MANUAL FARMACEUTICO | **NO** |

|  |
| --- |
| **CREDENCIAL** |
| Oficial: SI – Ver Modelos |
| Provisoria: No |
|  |
| **documento de identidad:** SI |
|  |
| **TIPO DE RECETARIO (\*2)** |
| Oficial: SIParticular: SI |
|  |
| **VALIDEZ DE LA RECETA**: 30 días desde la fecha de prescripción. |
|  |
| **PSICOFARMACOS**: |
| Duplicado: SI |
| Fotocopia: NO |
|  |
| **ACLARACIÓN FIRMA MEDICO Y Nº MATRICULA** |
| Con sello: SI Manuscrito: NO |
|  |
| **ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES** |
| Letras o Números: SI |
|  |
| **LIMITACIONES CANTIDAD** |
| * Hasta tres (3) especialidades por receta y hasta

dos (2) unidades por especialidad.* **Medicación inyectable monodosis:** Hasta cinco

(5) unidades.**PLAN CRONICIDAD**: lo indicado en la validación. |
|  |
| **LIMITACIONES TAMAÑO** |
| **Si indica:** Lo requerido |
| **Si no indica:** El menor |
| **Si indica la palabra “Grande”:** El siguiente al menor |
| **Si erra el contenido:** El inmediato inferior al indicado |
|  |
| **ESPECIALIDADES EXCLUIDAS:** |
| TODO PRODUCTO QUE NO SE ENCUENTRE INCLUIDO EN EL VADEMÉCUM |
|  |
| **ENMIENDAS SALVADAS**: |
| Por el médico: SI (errores de prescripción) |
| Por el afiliado: SI (errores de expendio)Por la farmacia: SI **(\*3)** |
|  |
| **FACTURACION Y REFACTURACION:** Ver normas ge-nerales de atención y presentación. |
|  |
|  |

***Toda receta y/o prescripción médica u odontológica debe efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase y concentración.***

|  |
| --- |
| *(\*) AMBULATORIO 40% / CRONICIDAD 70% / PMI 100%* |

**IMPORTANTE:**

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando a [***http://validacionesag.com/***](http://validacionesag.com/)o bien a través de los sistemas de facturación integrados.

FORMATO DE CREDENCIAL PARA VALIDACION: 0000000000X/0X

|  |
| --- |
| *(\*1) AUTORIZACIONES ESPECIALES* |

La receta deberá contar con la autorización de la Entidad. Ver detalle a continuación:

OSCEARA Central

Dra. Amalia Codellio (Directora Médica)

Dr. Lucio Cabello (Auditor médico) OSCERA Central

Sr. Mauro Iavarone (Administrativo OSCEARA central)

Santa Fe

Sra. Claudia Ramírez (encargada de delegación Rosario)

Sta. Romina Dibiagi (delegación administrativa Rosario.)

Córdoba

Sra. Guadalupe Barrera (administrativa OSCEARA - Ciudad de Córdoba)

Manuel Alberti

Sr. Alejandro Corvaglia (Encargado Delegación Alberti)

Sr. Cristian Rodriguez (Administrativo Delegación Alberti)

|  |
| --- |
| *(\*2) RECETARIOS* |

Son válidos los recetarios con membrete pertenecientes a asociaciones médicas, hospitales, centros médicos, clínicas, sanatorios, médicos particulares, odontólogos, empresas de emergencia.

Son válidas las recetas electrónicas, conteniendo sello y firma del profesional originales.

**Importante:** no se deben aceptar recetarios de medicina laboral o recetarios con propaganda de medicamentos.

Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:

* Nombre y apellido del paciente;
* Número de afiliado
* Medicamentos recetados por principio activo;
* Cantidad de cada medicamento;
* Firma y sello con número de matrícula y aclaración (incluso en los recetarios electrónicos);
* Fecha de prescripción;

|  |
| --- |
| ***(\*3) ENMIENDAS SALVADAS POR LA FARMACIA*** |

La farmacia solo se podrá salvar uno de los datos del afiliado: el nombre y apellido o el número de credencial (nunca ambos). Lo salvado deberá contener sello y firma del farmacéutico.

 **MUY IMPORTANTE:**

 ***TODO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS***

 ***GENERALES DE ATENCION Y PRESENTACION ENTREGADAS OPORTUNAMENTE***.

MODELO DE CREDENCIAL



EJEMPLO DE LOS DATOS QUE DEBEN FIGURAR EN EL RECETARIO

|  |  |
| --- | --- |
| nuevo-1 | * Membrete impreso sea del Profesional o de una Institución
* Nombre y Apellido del Afiliado
* Numero de credencial si correspondiere.
* Productos dosis, forma, tamaño y unidades
* Firma del profesional y fecha manuscrita
* Sello del profesional con Nº de Matricula
 |

 MODELO DE CREDENCIAL – LOCALIDAD DE MAR DEL PLATA ÚNICAMENTE

