

Normas de atención

osppra

Obra Social del Personal de Prensa
de la República Argentina



FACAF

FEDERACIÓN ARGENTINA
DE CÁMARAS DE FARMACIAS



DESCUENTO A CARGO OSPRA

AMBULATORIO	40 %, 70% o 100% de descuento para todas las especialidades medicinales incluidas en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos , y deberán ser autorizadas por Auditoría Médica de OSPRA Central IMPORTANTE: <i>Los productos con 70% y 100% de descuento, requieren autorización previa de OSPRA. De no poseerla se expondrán al 40%</i>
PMI	100% de descuento con autorización previa de OSPRA Central
MEDICAMENTOS ESPECIALES	Reconoce todos los medicamentos, prescritos por nombre genérico, incluidos en el Manual Farmacéutico, con el 100% de cobertura, en receta autorizada por OSPRA Central. No son válidas las recetas autorizadas por Delegaciones.
PROFILAXIS	Los preservativos se cubren exclusivamente CON autorización previa de OSPRA Central. Deben ser de origen nacional y cuentan con 100% de cobertura.
PLAN DISCAPACIDAD	Reconoce todos los medicamentos, prescritos por nombre genérico, incluidos en el Manual
<p>Todos los medicamentos requieren autorización expresa de OSPRA Central. Para casos de urgencias, horario nocturno, fines de semana o feriados, pueden expendirse medicamentos sin autorización hasta un precio de venta al público máximo de \$ 3000. Quedan excluidos los preservativos (ver apartado profilaxis)</p>	

DOCUMENTACION DEL BENEFICIARIO

Credencial, Documento de Identidad y Receta



RECETARIO

TIPO	<ul style="list-style-type: none"> • OFICIAL • CONVENCIONAL • RECETARIOS DIGITALES (prescripción preimpresa ya sea total o parcial) sin los requisitos de identificación antes mencionados pero que contengan firma y sello original del profesional.
VALIDEZ	30 (TREINTA) días incluyendo la fecha de prescripción.



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

- Nombre de la Obra Social
- Apellido y Nombre del Beneficiario, Edad y Sexo
- Número de Beneficiario y categoría (nunca "EN TRÁMITE") ni otro número distinto al de la credencial.
- Medicamentos recetados y cantidad de c/u en números y letra (si no se expresa cantidad se expenderá solamente uno) prescritos por droga, concentración y forma farmacéutica.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- Fecha de Prescripción
- Diagnóstico. Se aceptan siglas OMS, CIE 10.
- Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.

LÍMITES DE CANTIDADES

POR RECETA	Hasta 3 (tres) envases
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS	Hasta 5 (cinco) por receta.
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS	Hasta 1 (uno) por receta



OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el medico NO indica tamaño, debe entregarse el de menor contenido.
- Cuando el medico solo indica GRANDE, debe entregarse el tamaño siguiente al menor.
- Cuando el medico equivoca cantidad, debe entregarse el tamaño inmediato inferior.

PSICOFÁRMACOS

El profesional debe confeccionar además un segundo recetario de acuerdo a las normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia. (No se aceptan fotocopias)

MEDICAMENTOS FALTANTES

Si por cualquier motivo en la farmacia falta el o los productos recetados, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 Hs. de haber sido requeridos por el beneficiario, quien debe conocer tal condición para adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 1. De acuerdo al orden de prescripción.
 2. Incluyendo el código de barras.
 3. No utilizar goma de pegar (usar abrochadora o cinta adhesiva, para poder auditar el dorso del troquel)
- Número de orden de la receta.
- Fecha de Venta.
- Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos), las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario.
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento. (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
- Consignar los importes: Unitarios, Total, A CARGO de OSPRA, A CARGO Afiliado.
- Adjuntar copia del ticket de venta a la receta. En caso de no poder hacerlo notifique por escrito las razones.
- Los errores de expendio deberán estar salvados por el beneficiario con su firma y N° de documento.



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



EXCLUSIONES

Los descuentos indicados en este instructivo se aplican sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta incluidas en el manual Farmacéutico o Agenda Kairos
NO SE CUBRIRÁN: Medicamentos de Venta Libre, Cosméticos, Antiacnéicos antipruriginosos, Leches Maternizadas, Vacunas
Los medicamentos no incluidos sólo podrán expendirse si se encuentran previamente autorizados por OSPRA CENTRAL.

AUTORIZACIONES

Teléfonos: 011-4880-6817. WhatsApp: 011-15-2705-3792.
E-mail: autorizaciones@osppra.com.ar .
Dicha autorización deberá adjuntarse a la receta, y debe ser emitida por OSPRA CENTRAL exclusivamente (no son válidas las autorizaciones emitidas por las delegaciones)

PLAN MATERNO INFANTIL

- Para la madre y el recién nacido (hasta el año de vida), se reconocerán todos los medicamentos incluidos en el Manual Farmacéutico con 100% de cobertura, previa autorización de OSPRA.
- Leches maternizadas: Únicamente las autorizadas por OSPRA.
- Leches medicamentosas: Únicamente las autorizadas por OSPRA Central.

PLAN DISCAPACIDAD

La Obra Social llevará una ficha de seguimiento que deberá ser presentada al momento del expendio. Reconoce todos los medicamentos, prescriptos por nombre genérico, con el 100% de cobertura, en receta autorizada por OSPRA Central. No son válidas las recetas autorizadas por Delegaciones.



MODELO DE CREDENCIALES



MODELO DE CREDENCIALES

osppra
Obra Social del Personal de Prensa de la República Argentina

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, _____ de 2022.-

De mi consideración:

Por medio de la presente dejo constancia que XXXXXX, XXXXXXXX, es afiliado a la Obra Social O.S.P.P.R.A. con el N° / cuyo DNI es Se extiende el presente con el fin de ser utilizado de manera provisoria debido a que carece temporalmente del carnet original, este documento será validado con la sola presentación del DNI del beneficiario por días a partir de la fecha.

Cordialmente,

Control: 2022140620221409202250

Marcelo A. Murúa
OSPRA Central
mmurua@osppra.com.ar
011-1127053640