

Norma de Atención N°: 5443

Vigencia: 18/07/2022

	A CARGO O. SOCIAL	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
AMBULATORIOS	40%	60%	VADEMECUM AMBULATORIO
AMBULATORIO + SINDICATO (*)	50%	50%	VADEMECUM AMBULATORIO
CRONICIDAD (*1)	40% - 70%	60% - 30%	VADEMECUM CRONICIDAD
PLAN MATERNO INFANTIL (*2)	100%	-----	VADEMECUM PMI

CREDENCIAL (*3) Definitiva con CUPON DE PAGO: SI Provisoria: NO	Excepciones: - Antibióticos inyectables monodosis: Hasta cinco (5) unidades. - Antibióticos inyectables multidoses: Hasta una (1) unidad.
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI	
TIPO DE RECETARIO (*4) Oficial: SI Particular: SI	LIMITACIONES DE TAMAÑO Si indica: Lo requerido. Si no indica: El menor. Si indica "GRANDE": El inmediato siguiente al menor. Si erra: El inmediato inferior al indicado.
VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos	
PSICOFARMACOS Duplicado: SI Fotocopias: NO	ESPECIALIDADES EXCLUIDAS • PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO FIGUREN EN VADEMECUM
ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR. Con sello: SI Manuscrito: NO	ENMIENDAS SALVADAS: Por el médico: SI (errores de prescripción) Por el afiliado: SI (errores de expendio)
ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES (*4) Letras: SI Números: SI	AUTORIZACIONES (*5)
LIMITACIONES CANTIDAD Hasta tres (3) especialidades por receta y hasta dos (2) unidades por especialidad.	FACTURACION Y REFACTURACION: Ver normas generales de atención y presentación (*6)
	PRESENTACION (*7)

Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle de grado de concentración.

(*) 50% AMBULATORIO + SINDICATO

- Se aplicará este descuento a los afiliados indicados en el padrón con la letra "S" en la columna "Afi Sind".
- La farmacia deberá verificar que el afiliado posea credencial sindical (ver modelos).

Norma de Atención N°: 5443

Vigencia: **18/07/2022**

(*1) 70% CRONICIDAD

- El porcentaje de descuento que se deberá efectuar estará indicado en el vademécum crónico.
- El beneficiario deberá presentar **CREDENCIAL DE CRÓNICO**, caso contrario la receta deberá estar previamente autorizada por la gerencia de OSEMM en original o mediante fax.
- En caso de no poseer autorización, la farmacia podrá solicitarla telefónicamente de lunes a viernes de 10:00 a 18:00 a los teléfonos 011-4981-8549/8762.

(*2) 100% PLAN MATERNO INFANTIL

- Son válidos únicamente los recetarios que posean el sello "PLAN MATERNO INFANTIL".
- La receta deberá estar previamente autorizada por la gerencia de OSEMM en original o mediante fax.
- En caso de no poseer autorización, la farmacia podrá solicitarla telefónicamente de lunes a viernes de 10:00 a 18:00 a los teléfonos 011-4981-8549/8762.

COBERTURAS

Para la madre: durante el embarazo y hasta 30 (treinta) días posteriores al parto.

Para el niño: hasta el primer año de vida.

(*3) CREDENCIAL

Se deberá verificar que la credencial se encuentre acompañada del correspondiente cupón de pago (ver modelos).

(*4) RECETARIOS

Los recetarios, tanto el oficial como el particular, deberán contar con los siguientes datos, colocados de puño y letra del profesional y con la misma tinta:

- Nombre de la Obra Social (excepto en recetarios oficiales).
- Apellido y nombre del beneficiario.
- Número de beneficiario.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra (si no se expresa cantidad se expendirá solamente uno).
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- Fecha de prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.

Datos a completar por la farmacia:

- Fecha de venta.
- Importes unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la Entidad, totales.
- Sello y firma de la farmacia.

Norma de Atención N°: 5443

Vigencia: **18/07/2022**

- Firma de quien retira los medicamentos, aclarando nombre completo, domicilio, teléfono y número de documento.
- Troqueles adheridos con goma de pegar de acuerdo al orden de prescripción, sin utilizar ganchos ni cinta adhesiva.

(*5) AUTORIZACIONES

Podrá expendirse cualquier excepción a la presente norma de atención, para ello la receta deberá contar con la autorización de la **Dra. María Fernanda Varela o de la Dra. Graciela Leone**.

(*6) FACTURACION Y REFACTURACION

- Las recetas que contengan descuentos ambulatorios y crónicos deberán ser fotocopiadas, a fin de ser facturadas por separado, dejando la receta original en el mayor descuento. En la copia restante, se deberá hacer referencia a la receta original, indicando el orden en el que ésta se encuentra. Será obligatorio que la receta original y copia, se presenten en el mismo periodo.
- Toda receta no presentada en el mes correspondiente podrá ser presentada hasta el mes siguiente, pasado dicho plazo serán rechazadas.
- La refacturación de débitos deberá ser presentada como máximo a los 60 días de su recepción, pasado dicho plazo serán rechazados.

(*7) PRESENTACION

Los distintos descuentos se deberán presentar en lotes por separado, conforme el siguiente esquema:

- 40% AMBULATORIOS
- 50% AMBULATORIOS + SINDICATO
- 70% CRONICIDAD
- 100% PLAN MATERNO INFANTIL

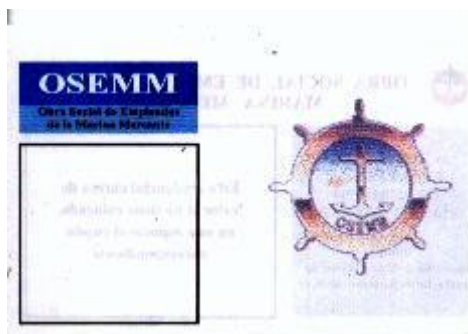
MUY IMPORTANTE:

TODO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS GENERALES DE ATENCION Y PRESENTACION ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.

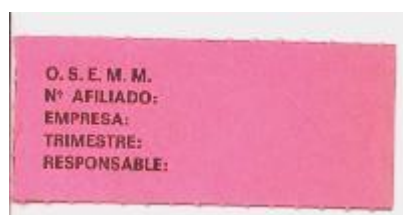
Norma de Atención N°: 5443

Vigencia: **18/07/2022**

MODELO DE CREDENCIAL



MODELO DE CUPON DE PAGO



Norma de Atención N°: 5443

Vigencia: **18/07/2022**

MODELO DE CREDENCIAL SINDICAL



MODELOS DE RECETARIOS

OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE LA MARINA MERCANTE PLAN S.A. - ANEXO 1 - 1990				RECETARIO 00 002001		Cód. Prof. o Institución	SERIE	RECETA	Código Clase Social	1 - 1160
FECHA DE EMISIÓN	NÚMERO DE BENEFICIARIO	GAT	EDAD	Fecha Dispensat	CÓDIGO DE FARMACIA	N° de Orden				
Sexo: ☐ M ☐ F ☐ O Ciudad Residencia Nro. Latitud				Precio Unitario Importe		TOTAL RECETA 100%		ROTULO 1 ROTULO 2		
Firma Profesional Sello Asociación Farm. y Mercadeo				Sello FIRMA FARMACEUTICO		A cargo Benef. % A cargo O. Soc. %		Bono ☐ Tarjeta Inter. ☐ Tipo N°		
Sello Institución Sello Admisión Farm. y Mercadeo						FIRMA CONFORME (Admisión y Control)				

Norma de Atención N°: 5443

Vigencia: **18/07/2022**

[illegible]