

	A CARGO O. SOCIAL	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
CRONICIDAD (*)	40% - 70% (*1)	60% - 30%	VADEMECUM CRONICO (*2)
CREDENCIAL (*3) De OSIAD Salud: SI Provisoria: SI	Excepciones: - Antibióticos inyectables monodosis: Hasta cinco (5) unidades.		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI	LIMITACIONES DE TAMAÑO Si no indica: El menor Si indica la palabra "GRANDE" y existen tres (3) tamaños: - Con "TRATAMIENTO PROLONGADO": El mayor - Sin "TRATAMIENTO PROLONGADO": El mediano		
TIPO DE RECETARIO (*4) OFICIAL: SI PARTICULAR: SI De SERVICIO DE URGENCIAS: SI (ver modelo)	ESPECIALIDADES EXCLUIDAS • PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO FIGUREN EN EL VADEMECUM CRONICO		
VALIDEZ DE LA RECETA: 30 (treinta) días corridos	AUTORIZACIONES (*6)		
PSICOFARMACOS Duplicado: SI Fotocopias: NO	ENMIENDAS SALVADAS: Por el médico: SI (errores de prescripción) Por el afiliado: SI (errores de expendio)		
ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR. (cuando no se encuentren preimpresos) Con sello: SI Manuscrito: NO	PRESENTACION (*7)		
ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES (cuando supere la unidad) Letras: SI Números: SI	FACTURACION Y REFACTURACION: Ver normas generales de atención y presentación.		
LIMITACIONES CANTIDAD (*5) Hasta tres (3) especialidades por receta y hasta dos (2) unidades de cada especialidad.			

(*) COBERTURA

Exclusivamente para medicamentos destinados a **PATOLOGIAS CRONICAS PREVALENTES**, incluidos en el vademécum crónico.

Antes de cada expendio la farmacia deberá comunicarse con el CENTRO DE SEGUIMIENTO para pacientes crónicos al **0810-345-NUTR (6887)** o bien ingresando a la página web <http://cronicos.nutrar.com> a efectos de solicitar el código de autorización correspondiente para el suministro de los medicamentos prescritos, el cual deberán volcar en cada una de las recetas.

(*1) PORCENTAJES

El porcentaje de descuento que se deberá efectuar estará indicado en el vademécum crónico.

(*2) VADEMECUM

Cuando la prescripción de la droga BRIMONIDINA se encuentre acompañada con el diagnóstico **"GLAUCOMA REFRACTARIO"** se deberá realizar el 70% de descuento, caso contrario se efectuará el 40% de descuento.

(*3) CREDENCIALES

- a) Ante cada expendio se deberá **VERIFICAR** que el beneficiario se encuentre incluido en el **PADRON DE AFILIADOS HABILITADOS** que se envía mensualmente. Caso contrario, la farmacia deberá comunicarse con ADMIFARM, de lunes a viernes de 9.00 a 18.00 hs. al siguiente teléfono: 4010-0200 a efectos de corroborar la situación filiatoria del mismo.

PARA BENEFICIARIOS CREDENCIAL AMARILLA – ABARCA MONOTRIBUTO, MONOTRIBUTO SOCIAL, SERVICIO DOMESTICO Y DESEMPLEO)

- Solicitar últimos tres comprobantes de pago para el caso de monotributistas o servicio domestico
 - Solicitar último comprobante de cobro para el caso de desempleo
- b) No se deberá verificar el último dígito del carnet de afiliación (Ej.: credencial N° 1401/00 - **7**).
- c) En todos los casos (credenciales nuevas, viejas y provisorias), los afiliados deberán presentar el recibo de haberes para poder estar habilitados para recibir el descuento otorgado por la Obra Social.

(*4) RECETARIOS

PARA TODAS LAS FARMACIAS DEL PAIS:

- En los recetarios podrán figurar, en forma indistinta, alguna de las siguientes siglas: OSIAD - OSIAD SALUD.
- La receta deberá contener el DIAGNOSTICO PRESUNTIVO o la leyenda "CRONICIDAD" o "PACIENTE CRONICO" o similar.
- Toda 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 del grado de concentración.

- Cuando se trate del **2do. y/o 3er. retiro**, los beneficiarios podrán presentar recetas **FOTOCOPIADAS**, y la farmacia deberá aceptarlas como válidas y facturarlas de la manera habitual.

EXCLUSIVAMENTE EN CAPITAL FEDERAL, GRAN BUENOS AIRES, CAÑUELAS, ARROYO SECO, CAPITAN BERMUDEZ, EMPALME VILLA CONSTITUCION, FIGUEIRAS, FRAY LUIS BELTRAN, GRANADERO BAIGORRIA, GOBERNADOR GALVEZ, PUERTO GENERAL SAN MARTIN, ROSARIO, SAN LORENZO y VILLA CONSTITUCION (SANTA FE) y VILLA MERCEDES (SAN LUIS), PCIA. CÓRDOBA, GUALEGUAYCHU (ENTRE RIOS):
Recetario particular de cualquier médico.

EXCLUSIVAMENTE EN EL RESTO DEL PAIS:

Recetario particular de cualquier médico autorizado por la delegación, la cual sólo acredita la afiliación. No se deberán aceptar las autorizaciones de los delegados sobre medicamentos fuera de cobertura.

(*5) LIMITACIONES DE CANTIDAD

Cuando el médico indique en la receta la cantidad de envases necesaria para los 3 meses de tratamiento, la farmacia deberá entregar lo solicitado aún cuando se vea superada la cantidad permitida en las presentes normas operativas.

(*6) AUTORIZACIONES

Toda receta que sea prescripta por profesionales no incluídos en el Listado de Profesionales o con membrete de Entidades no adheridas a la Obra Social, o que presenten anomalías en los datos de afiliación como así también la falta de nombre genérico, y/o forma farmacéutica, y/o presentación, y/o concentración de los productos deberán estar autorizadas por cualesquiera de las siguientes personas:

DR. AITOR, MARIA ALBERDI
DR. TROCHON, JULIO
DR. CHAMARES, HÉCTOR
DR. FRANCISQUELO, RAUL D

AITOR, MARIA ALBERDI
MASTRO, ROSARIO
CHAMARES, HÉCTOR, JULIETA
FRANCISQUELO, OSCAR

MOLINA, AGUSTAVO
ROS, EDUARDO
FLORES, PABLO

MUY IMPORTANTE:

Las recetas prescriptas por las personas arriba detalladas, no requerirán ser autorizadas en los casos antes descriptos.

(*7) PRESENTACION

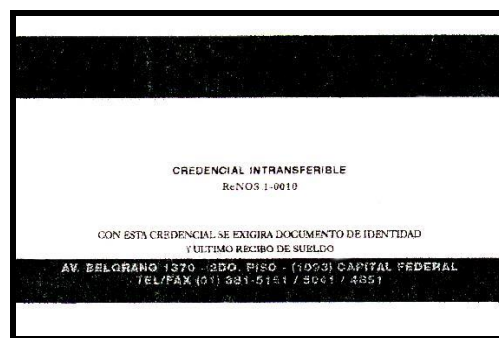
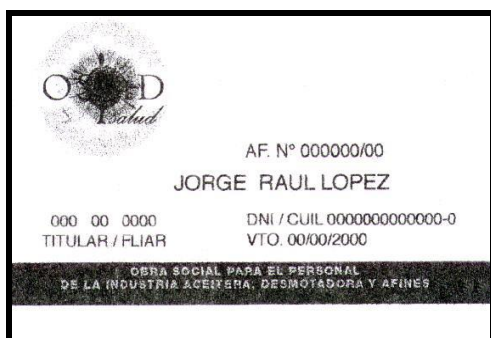
La facturación se deberá presentar en planillas por separado según el siguiente detalle:

- o 40% CRONICIDAD
- o 70% CRONICIDAD

MUY IMPORTANTE:

TODLO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS GENERALES DE ATENCIÓN Y PRESENTACIÓN ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.

MODELOS DE CREDENCIALES



MODELO DE CREDENCIAL PROVISORIA

		Valida hasta: AFILIADO N°
CREDENCIAL PROVISORIA		
* <u>TITULAR ACTIVO EN PADRONES</u>		
APELLIDO Y NOMBRE:		
DNI: FILIAL: SECC: EMPRESA:		
<u>PLAZAS A CARGO:</u>		
APELLIDO Y NOMBRE	DNI	PARENTESCO
FMI: Para su validez, la presente credencial deberá ser exhibida con los documentos de identidad señalados en la misma.-		
Natalia Pierangeli Afiliados - OSIAD SALUD		
OSIAD Salud Av. Belgrano 1170 2° Piso - (C1093AAQ) C.A.B.A. República Argentina Tel.: (011) 4381-5041 Fax: (011) 4381-5151 www.osiad.org.ar		

MODELO DE RECETARIO DE SERVICIO DE URGENCIAS

SERVICIO DE URGENCIAS MEDICAS DOMICILIARIAS	SERVICIO DE URGENCIAS MEDICAS DOMICILIARIAS
Fecha: ____/____/____ Hora: _____	Rp./
Nombre: _____	
Domicilio: _____	
Localidad: _____	
O. Social: _____ N° AFJ: _____	
Familiar/Tercero: _____ Seguro: _____	
Edad: _____	
Diagnóstico: _____	
Medico, Firma, sello	
Firma del paciente	
	RECUERDE CONSULTAR CON SU MEDICO EN CABECERA LUGAR DE ESTA ATENCION