OSPAGA

LISTADO DE DEBITOS PARA EL EXPENDIO DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Auditores Médicos:	La firma del Dr. Esteban Mauro – Matrícula N°: 8114, o el Dr. Parada Claudio – Matricula Nº 89508 anula y hace re-facturable un débito.
Receta NO oficial o Fotocopia:	No se aceptará refacturación de Fotocopia de recetas.
Receta Vencida: Plazo de expendio o Vigencia del formulario (si la tiene):	No se aceptará su refacturación, salvo autorización expresa de los Auditores de O.S.P.A.G.A. Central consignados precedentemente.
Fechas: Falta fecha de emisión:	No se aceptará su refacturación
Falta fecha de expendio:	Se acepta su refacturación con convalidación del afiliado, que de fe de la fecha de dispensa con doble firma del mismo.
Ticket sin fecha de Expendio:	No se aceptará su refacturación
Fecha de venta anterior a fecha de emisión:	Se omitirá si se acompaña el ticket con la fecha correcta.
Datos enmendados- **Diferencia de tinta o caligrafía:**	Será motivo de débito toda vez que no se realice la enmienda de parte del profesional que erró. Enmienda del prescriptor: Con firma y sello del mismo. Enmienda del farmacéutico: deberá ser convalidada con la firma del afiliado o tercero interviniente
Coberturas: Descuento mayor o menor al otorgado por la Obra Social:	Se debitará o acreditará el porcentaje correspondiente
Diferencia de suma:	Se debitará o acreditará la suma correspondiente
Diferencia de precio s/Agendas Fcas:	Se debitará o acreditará la suma correspondiente
Falta de Diagnóstico	Se aceptará su refacturación una vez corregida, la receta, por el prescriptor dentro de los 30 (treinta) días posteriores al débito.
Medicamentos Fuera de vademécum:	No se aceptará su refacturación
No prescripto por monodroga genérica:	La receta será observada. No se debitará siempre que la farmacia dispense en todo de acuerdo a la ley de genéricos. (*) Se adjunta.
PMI sin autorización "previa":	No se aceptará su refacturación, salvo autorización expresa de Auditoría Médica Central de O.S.P.A.G.A.
Exceso de tamaños o unidades medic.	Se debitará la suma correspondiente
Al no especificar tamaño se reconoce el menor.	Se debitará la suma correspondiente
Diferencia entre expendido y liquidado	No se aceptará su refacturación
Autorizaciones especiales: No corresponde Auditor - P.M.I. o Plan de vacunación sin autorización previa:	En ambos casos solo se aceptará su refacturación, con autorización Expresa de O.S.P.A.G.A. Central
Afiliado: **Número Incorrecto o incompleto:**	Solo se acepta la refacturación con firma del afiliado y fotocopia de documentación avalatoria (credencial).
Falta de Apellido y Nombre **Falta de Número**	Si falta uno de los datos no se aceptará su refacturación
Identificación de quien retira: **(Los tres datos son imprescindibles)**	Firma, Aclaración, D. N. I. y fotocopia de recibo de pago del titular, sellado por Bco. Nación o Pago Fácil, que se adjuntará a la receta para su facturación. No se aceptará refacturación.
Prescriptor: Falta firma y/o sello - Sello ilegible:	Se debitará la receta si de primera presentación no se desprende claramente el prescriptor.
Farmacéutico: Falta firma y/o sello.	Se acepta su refacturación con el agregado del dato faltante
No corresponde recetado con vendido:	No se aceptará su refacturación
Falta troquel:	No se aceptará su refacturación

Normativa de Atención y dispensa farmacéutica: O.S.P.A.G.A.

Obra Social	**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE AGUAS GASEOSAS Y AFINES** **C.U.I.T.: 30-66128579-2**
Porc. de Descuento: Los mismos se practican sobre el precio de venta al público de los medicamentos.	Plan Ambulatorio: 40% Nota: Vista la Res. 310/04, y dado que las coberturas del 70% y 100% están dirigidas a beneficiarios con patologías crónicas, dichos descuentos sólo serán otorgados mediante autorización "previa", expresa de la Sede Central de O.S.P.A.G.A., quien se encargará del manejo de la Historia Clínica de cada paciente. P.M.I: 100% "Solo autorizado por la Auditoría Médica Central" (se aclara, que la cobertura incluye medicamentos atinentes al embarazo desde la denuncia del mismo y hasta treinta días después del parto y al niño hasta el año de vida). Muy Importante: Para corroborar ambas situaciones se deberá presentar a fin de la dispensa el D.N.I. del niño para evitar débitos innecesarios.
Tipo de Recetario: Validez de la Receta: 30 días	❖ Oficial. Se considerarán válidos todos los recetarios en los que figura la leyenda O.S.P.A.G.A. No se aceptarán fotocopias. ❖ Recetario Médico particular con membrete Preimpreso. ❖ Recetario de Instituciones (Hospitales, Sanatorio, ...) con su membrete (A fin de su identificación deberá escribirse la sigla O.S.P.A.G.A). NO se aceptarán recetarios de Propaganda Médica. [redacted] días desde la fecha de prescripción. En aquellos recetarios en los que figure fecha de vencimiento del formulario en sí... la misma será respetada NO procediendo a la dispensa vencido el mismo.
Presentación de documentación de parte del Afiliado	* Documento de Identidad. * Recetario Oficial *Credencial Oficial: *Afiliados Monotributistas / Adherentes:* Número inicialado con 31-32 o 33 (se solicitará para el expendio: recibo de pago donde conste el descuento para la O.S.) *Afiliados directos:* Resto de números (se solicitará para el expendio: recibo de sueldo) Afiliados Mayores de 21 años NO TITULARES: Tendrán un carnet renovable anual el cual se le entregará contra presentación de certificado de estudio y solo hasta los 25 años. (Se excluye de esta aclaración a los discapacitados, quienes gozarán de los beneficios de la Obra Social sin esta salvedad)
Medicamentos Cubiertos	* Solo los taxativamente detallados en el Vademécum adjunto de la Superintendencia de Servicios de Salud que se adjunta (o su reemplazo por un genérico de menor valor al prescripto, respetando dosis, formas farmacéuticas, monodrogas... Dicho reemplazo deberá ser convalidado con la firma del afiliado). * Todo medicamento autorizado expresamente por la Auditoría central de la Obra Social.

Autorizaciones Especiales	El Dr. Esteban Mauro – Matrícula N°: 8114 y el Dr. **Parada Claudio Matricula N°: 89508** serán los únicos autorizados a convalidar medicamentos fuera de vademécum, así como autorizar las recetas tanto sea en forma administrativa como prescriptiva por lo que la consignación de sus firmas y sellos (cualquiera sea) habilita toda receta a ser dispensada. *No se aceptarán autorizaciones de otros profesionales ni delegados zonales.*
Medicamentos con autorización previa	• Toda vacuna que se encuentre **incluida** en el Vademecun antes mencionado deberá estar autorizada por el auditor (Dr. Mauro o Dr. Parada), previo a su dispensa, ya que se llevará un registro de la aplicación de las mismas en la **Sede Central** de la Obra Social. NO se considera dentro de esta salvedad a la **vacuna antitetánica**, la cual se dispensará sin autorización previa. • Toda Medicación cuya cobertura consignada en el P.M.O.E., sea del 100% (anticonceptivos detallados en el mismo, ondansetrón, etc.)
Datos contenidos en la receta:	▫ Nombre y Apellido del Afiliado ▫ Número de afiliado completo (se considerarán inválidos los números que no contengan los dígitos del grado de parentesco: Ej, 00 -01...) De estar errado el dato la farmacia corregirá al dorso con la convalidación del afiliado. ▫ Fecha de emisión de receta ▫ Cantidad de medicamentos en números y letras ▫ **Prescripción con aclaración de monodroga, dosis y forma farmacéutica,** –salvo que el medicamento fuera de única presentación–. Si el profesional prescribiera una presentación dada de "baja" por el laboratorio, se entregará el tamaño inmediato inferior o el único existente, haciendo firmar al afiliado en conformidad por el cambio realizado. ▫ Firma y sello del Prof. Prescriptor (si el número de matrícula fuera ilegible se deberá aclarar de puño y letra por parte del prescriptor, con la misma tinta de la firma) ▫ Firma del Prescriptor ▫ Diagnóstico El profesional farmacéutico deberá completar la receta, haciéndola convalidar por quien retira los medicamentos con los siguientes datos: Firma; Aclaración y DNI. La falta de uno de estos tres datos será causal de débito. • Firma y Sello de la farmacia • Fecha de Expendio (la cual deberá ser coincidente con la fecha del Ticket de presentarse) • Troqueles correspondientes o en su defecto leyenda S/T • Importes unitarios y totales. • Porcentaje a cargo de la Obra Social. Toda corrección, cambio de tinta o enmienda deberá ser salvada por el profesional que erró, con su firma y sello.

Cantidades Permitidas A fin del cómputo de los tamaños, los mismos se consideran dentro de lo incluido en el P.M.O.E. Resolución 310/04	Primer renglón: • Hasta un envase grande o • Hasta un envase mediano o • Hasta dos envases chicos Segundo Renglón: • Un envase chico Se considera tamaño grande a la presentación mayor que se incluyó en el vademécum de la Superintendencia de Servicios de Salud determinado Resolución 310/04, (el cual se adjunta a la presente). De existir en mercado presentaciones más chicas de las incluidas en el P.M.O.E. las mismas podrán dispensarse, a sola solicitud del beneficiario, a fin de contribuir con su accesibilidad económica. Antibióticos Inyectables ✓ 1 ampolla: se expenderán hasta 5 unidades. ✓ 2 ampolla: se expenderán hasta 3 unidades. ✓ 3 ampolla: se expenderán hasta 2 unidades. ✓ 4 ampolla: se expenderán hasta 1 unidad.
Exclusiones generales	❖ Todo Medicamento fuera de Vademécum ❖ Toda presentación mayor a la incluida en el P.M.O.E. R. 310/04 ❖ Insulinas y Tiras reactivas, las cuales se entregarán mediante la Obra Social. ❖ Medicamentos de Venta libre. ❖ Leches Enteras y Maternizadas ❖ Leches Medicamentosas: LAS QUE SOLO SE DISPENSARÁN CON AUTORIZACIÓN PREVIA DE LA AUDITORIA MEDICA CENTRAL

Para toda aclaración o consulta envíe su mail a ccasarero@ospaga.com.ar
o comunicarse al 4637-3791 / 96 / 83 de 08:00 a 17:00 Hs.

CFL

COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE LUJÁN

Alsina 832 – Tel/fax 02323-423914/436999 – b6700cvj – Luján

Luján, 11 de Septiembre 2013

CIRCULAR 47/ 2013

Sr. Farmacéutico / a:

Informamos a Ud. las últimas novedades:

OSPAGA:

Se informa que a partir del 1° de Octubre del corriente, la Obra Social ha resuelto prescindir del uso de Recetarios Oficiales para la prescripción de fármacos, dando como valido el R.P medico el cual deberá cumplimentar los siguientes datos como mínimo:

- Apellido y Nombre del paciente
- Nombre de la Obra Social
- Numero de afiliado
- Medicación con nombre genérico
- Diagnostico
- Fecha
- Firma y sello del medico

Seguirán teniendo valor para la dispensa los recetarios oficiales hasta que se agoten los que se encuentran en poder de los afiliados.

Para la dispensa de medicación con cobertura al 70% (patologías crónicas), se seguirán utilizando los remitos emitidos de la delegación.

Para la dispensa de pastillas anticonceptivas con cobertura 100%, se seguirán utilizando los remitos emitidos por la delegación.

OSPAGA
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE AGUAS GASEOSAS Y AFINES
BACACAY 2735/37 - TEL.:4637-3791(L.Rot.) -(C1406GDW)C.A. de Buenos Aires

Buenos Aires, 14 de Agosto de 2008.

Sres. Colegio Farmacéutico de la Ciudad de Lujan
Presente

Me dirijo a usted con el objeto de comunicarle que en la Delegación OSPAGA de la Ciudad de Lujan hemos designado al Dr. Julio Chomont Mat. Nac. N° 39944 / Mat. Prov. N° 51478 como Medico Auditor responsable de OSPAGA Luján, atento a esta situación le solicitamos comunique a las Farmacias que se encuentran adheridas a su Institución que dicho Doctor es FIRMA AUTORIZADA para validar cualquier tipo de Receta ya sea de Plan Materno Infantil, medicamentos especiales o fuera de Vademecum.

Aprovecho la ocasión para saludarlo atentamente

Dr. ESTEBAN A. MAURO
GERENTE PRESTACIONES MEDICAS
O.S.P.A.G.A.

1º ENTREGA

FECHA: ..../01/2012

AFILIADO:

Nº:

MONODROGA	PRESENTACION	CANTIDAD	COBERTURA

TROQUELES

FIRMA:

ACLARACION:

DNI:

FECHA DE DISPENSACION:

VALIDO HASTA:

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE AGUAS GASEOSAS Y AFINES

BACACAY 2735/37 - TEL.: *4610-9200 Fax: 4610-9214/19/26 - (1406) Cap. Fed.*

FECHA:_____

AFILIADO:_____

NRO CARNET:_____

Monodroga	Presentación	Cantidad	Autorizado	Cobertura

TROQUELES

FIRMA CONFORME:_____

ACLARACIÓN:_____

DOMICILIO:_____

DNI:_____ TELEFONO:_____

FECHA DE DISPENSACIÓN:_____

VÁLIDO HASTA:_____

LISTADO DE MEDICAMENTOS

ac. Nicotinico
acarbose
acenocumarol
acetilsalicilico,Ac.
acido valproico
alfametildopa
allopurinol
amantadina
amiodarona
amlodipina
atenolol
atorvastatin
beclometasona dipropionato
betaxolol
bezafibrato
biperideno
brimonidina
bromocriptina
bromperidol
budesonide
carbamazepina
carvedilol
clonazepam
clopidogrel
clorpromazina
clortalidona
clozapina
colestiramina
digoxina
diltiazem clorhidrato
dinitrato de isosorbide
divalproato de magnesio
divalproato de sodio
dorzolamida
dorzolamina+timolol
enalapril,maleato
entacapone
espironolactona
etosuximida
ezetimibe
fenitoina
fenitoina sodica
fenobarbital
flecainida
fluticasona
formoterol
Formoterol- Budesonide
furosemida
gabapentin
gemfibrozil
glibenclamida
glimepiride
glipizida
haloperidol
hidroclorotiazida
hidroclorotiazida+amilorida
hidroxicloroquina sulfato
indapamida
ipratropio,bromuro
lamotrigina
latanoprost
leflunomida
levodopa+benserazida
levodopa+carbidopa
levomepromazina
levotiroxina sodica
liotironina
litio,carbonato
losartan
mesalazina
metformina
metimazol
metoprolol
metotrexato
mononitrato de isosorbide
montelukast
nadroparina calcica
nateglinida
nifedipina
nitroglicerina
olanzapina
orlistat
oxcarbazepina
pilocarpina
pimozida
piribedil
pramipexol diclorhidrato
pravastatina
propafenona
propranolol clorhidrato
quinidina
repaglinida
risperidona
salbutamol
salmeterol+fluticasona
simvastatin
sulfasalazina
teofilina
teofilina anhidra
terbutalina
timolol,maleato
topiramato
trifluoperazina
trihexifenidilo
verapamilo
warfarina