

	A CARGO ENTIDAD	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE	VALIDACION ONLINE
AMBULATORIO (*1)	40%	60%	VADEMECUM AMBULATORIO	SI
CRONICIDAD (*2)	70%	30%	VADEMECUM CRONICIDAD	SI
PLAN MATERNO INFANTIL (*3)	100%	----	VADEMECUM PMI	SI
ANTICONCEPTIVOS (*4)	100%	----	MANUAL FARMACEUTICO	SI
AUTORIZACIONES ESPECIALES (*5)	VARIABLE	VARIABLE	MANUAL FARMACEUTICO	NO

### CREENCIAL y DNI (\*6)

Definitiva: SI  
Provisoria: SI  
Digital: SI

prevalentes (**Nutrar**), coincidente con la receta médica.

### TIPO DE RECETARIO (\*7)

Oficial: NO (**EXCEPTO PLAN CRONICO**)  
Particular: SI

### LIMITACIONES TAMAÑO

**Si no indica:** El menor  
**Si indica "GRANDE" y existen tres (3) tamaños:**  
- Con "TRATAMIENTO PROLONGADO" (de puño y letra del profesional): El mediano.  
- Sin "TRATAMIENTO PROLONGADO": El menor.

### VACUNAS (\*8)

**VALIDEZ DE LA RECETA:** 30 días corridos

### PSICOFARMACOS

Duplicado: SI  
Fotocopia: NO

### ACLARACIÓN FIRMA MEDICO Y N° MATRICULA

(Cuando no se encuentren pre-impresos)  
Con sello: SI                      Manuscrito: NO

### ESPECIALIDADES EXCLUIDAS

**Salvo lo específicamente aclarado como excluido, los demás medicamentos que están dentro de la Resol. 310/2004 MS podrán ser expendidos con el descuento del plan.**

ACCESORIOS  
ALIMENTICIOS Y DIETETICOS  
ANOREXIGENOS  
ANTILOPECICOS  
ANTIETILICOS  
ANTISEPTICOS DE USO EXTERNO  
CALLICIDAS  
COADYUVANTES EN ONCOLOGIA.  
COMPLEMENTO DIETARIO  
DE USO EN INTERNACION  
DERIVADOS DE LA SANGRE Y ERITROPOYETINA  
DERMATOCOSMETICOS Y PERFUMERIA  
FORMULAS MAGISTRALES  
HORMONA DE CRECIMIENTO  
INMUNOSUPRESORES, INMUNOTERICOS E INMUNOMODULADORES.  
MATERIAL PARA CONTRASTE RADIOLOGICO ONCOLOGICOS Y ONCOHEMATOLOGICOS  
ORLISTAT  
PRODUCTOS PARA HIV  
PRODUCTOS SIN TROQUEL (EXCEPTO TRAZABLES)  
SOLUCIONES PARENTERALES  
SUEROS E INMUNOGLOBULINAS  
TIRAS REACTIVAS  
TRATAMIENTO DISFUNCION SEXUAL MASCULINA  
PRODUCTOS DE VENTA LIBRE  
TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD  
CITOSTATICOS  
USO HOSPITALARIO  
TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD.

### ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES

(cuando supere la unidad)  
Letras: SI                      Números: SI

### LIMITACIONES CANTIDAD

Hasta tres (3) especialidades por receta y hasta una (1) unidad por especialidad.

### EXCEPCIONES:

- Con la leyenda de "**TRATAMIENTO PROLONGADO**" (de puño y letra del profesional): Hasta dos (2) unidades por especialidad. Anticonceptivos (3) tres.

- **Antibióticos inyectables en envases unitarios:**  
Hasta 5 (cinco) unidades.

- **Cronicidad:** lo que se encuentre autorizado por el Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas

## ENMIENDAS SALVADAS:

Por el médico: SI (errores de prescripción)  
Por la farmacia: NO  
Por el afiliado: SI (errores de expendio)

## PRESENTACION (\*9)

### (\*1) PLAN AMBULATORIO

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

PLANES GENERALES
- CEIBO (incluye GILSA CEIBO)
- ARRAYAN
- NOGAL
- ROBLE
- OSPOCE 01
- MI 950

### (\*2) CRONICIDAD

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando indistintamente a <http://cronicos.nutrar.com>, <http://validacionesag.com/> o bien a través de los sistemas de facturación integrados.

Les rogamos prestar especial atención a los principios activos y cantidades autorizadas, debido a que dichos consumos son monitoreados por el **Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas prevalentes (Nutrar)**. Ante cualquier consulta inherente a lo mencionado, podrán comunicarse al **0810-345-6887**.

## RECETARIO:

- Recetario particular original de prestadores de OSPOCE.
- El afiliado podrá realizar el retiro de su proyección trimestral (cada uno con su receta original).

**MUY IMPORTANTE:** Los afiliados podrán retirar los medicamentos crónicos con el 40% de descuento, siempre y cuando se encuentren incluidos en el vademécum correspondiente.

### (\*3) PLAN MATERNO INFANTIL

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

## IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO:

Madre: Credencial con la leyenda Plan Materno Infantil (**VER MUESTRA**).

Niño: Credencial con la leyenda Plan Materno Infantil (**VER MUESTRA**) o documento/partida de nacimiento que indique edad del mismo (beneficio hasta el año de vida).

### **COBERTURA LECHES:**

Medicamentosas: exclusivamente con autorización previa de la Entidad o a través de su **VALIDACION** ingresando indistintamente a <http://cronicos.nutrar.com>, <http://validacionesag.com/> o bien a través de los sistemas de facturación integrados.

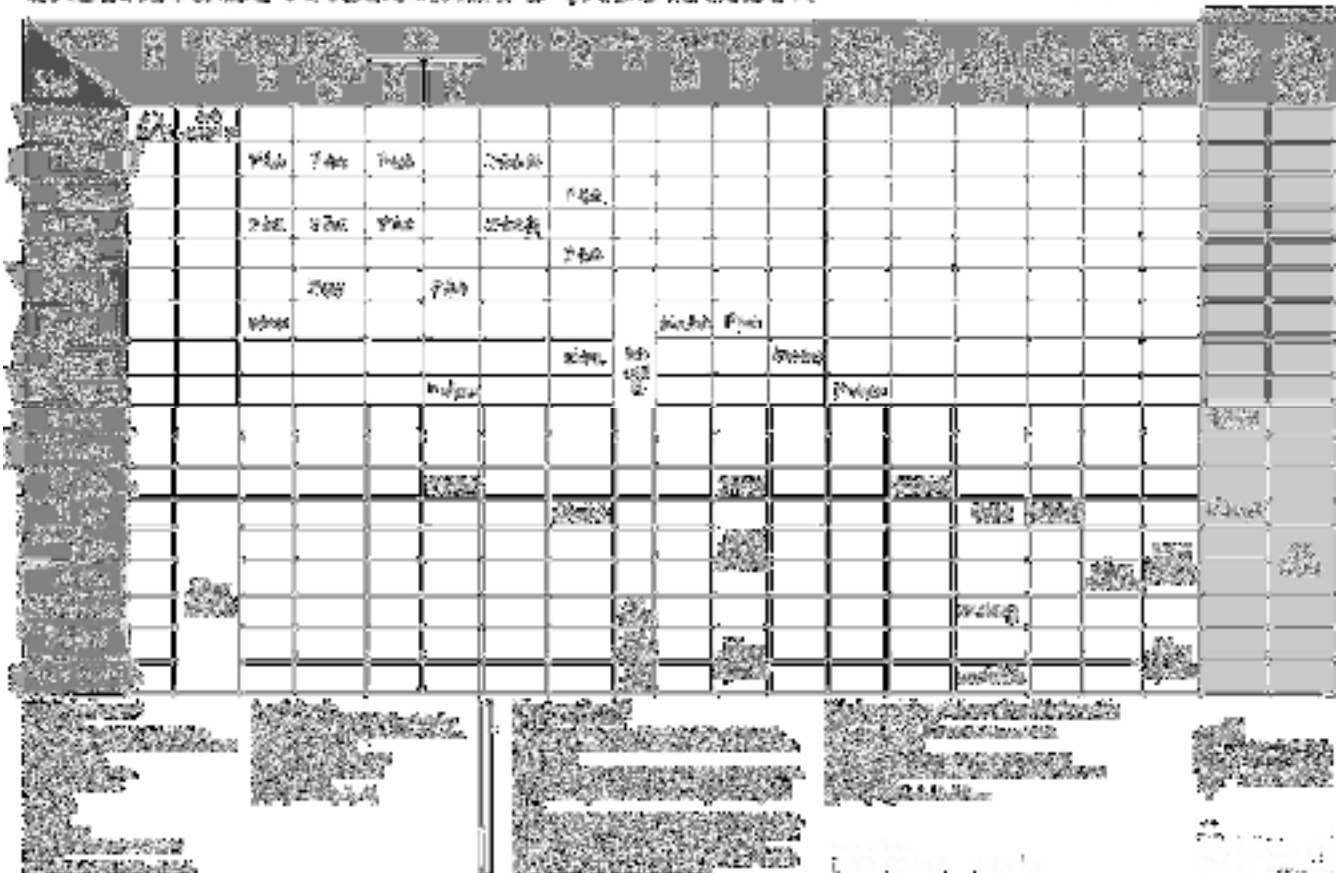
Maternizadas: excluidas, excepto para el **PLAN OSPOCE 01** mediante autorización de la Entidad.

### **VACUNAS:**

Las mismas pueden estar prescritas por monodroga, acción farmacológica o marca comercial indistintamente y no requieren autorización de la Entidad.

El calendario de vacunación publicado por el Ministerio de Salud y sus modificaciones vigentes, es aquel que la Entidad contempla (incluidas Hepatitis A, Quintuple, Séxtuple, Prevenar, Synflorix y Antitetánicas PMI Madre).

## CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN



### **(\*4) ANTICONCEPTIVOS**

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando indistintamente a <http://cronicos.nutrar.com>,

<http://validacionesag.com/> o bien a través de los sistemas de facturación integrados, en el plan **O.S.P.O.C.E. Anticonceptivos 100%**.

Les rogamos prestar especial atención a los principios activos y cantidades autorizadas, debido a que dichos consumos son monitoreados por el **Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas prevalentes (Nutral)**. Ante cualquier consulta inherente a lo mencionado, podrán comunicarse al **0810-345-6887**.

Se podrán dispensar **hasta 3 (tres) envases por receta (consumo para tres meses en una misma entrega)**, coincidiendo con lo prescripto.

Dichos medicamentos se podrán entregar con el descuento AMBULATORIO siempre y cuando se encuentren en el VADEMECUM correspondiente.

## (\*5) AUTORIZACIONES ESPECIALES

Solo podrán expendirse recetas que NO cumplan con los requisitos y/o excepciones a la presente norma de atención, cuando se hallen autorizadas por la Auditoría Médica de la Entidad.

## (\*6) CREDENCIAL

El beneficiario deberá presentar DNI, LC o LE y credencial definitiva, provisoria o digital (ver MODELOS). Se deberá controlar la fecha de vencimiento de la misma.

## (\*7) RECETARIO

Serán válidas las recetas de cualquier tipo (Oficial, Particular o de Instituciones, Emergencias Médicas y Hospitales Públicos).

No se aceptarán recetarios sin membrete y/o de propaganda médica.

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

- Fecha de prescripción.
- Nombre y Apellido del asociado.
- Número de asociado de OSPOCE INTEGRAL.
- Denominación de la Entidad (aclarando si es INTEGRAL o AMCI).
- Medicamentos recetados consignando OBLIGATORIAMENTE su principio activo o nombre genérico.
- Cantidad en números y letras.
- Firma, sello aclaratorio y número de matrícula.

- Serán válidas las recetas preimpresas (confeccionadas en formato digital) con la firma del médico prescriptor realizada tanto en **tinta de lapicera y/o birome**, como en **formato digital**.

## (\*8) ACLARACION VACUNAS

- Las VACUNAS cuentan con un 40% de descuento.
- Se aceptan las vacunas de Calendario oficial prescriptas por acción farmacológica y/o marca comercial. El resto de las vacunas (fuera de calendario) deben prescribirse obligatoriamente por principio activo, tal como el resto de los medicamentos.

- La vacuna contra el VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) cuenta con cobertura al 100% para niñas y niños de 11 años sin requerir previa autorización de la Entidad. Luego de esa edad podrá ser expandida al 40% sin autorización como el resto de las vacunas. Dicho control deberá realizarse a través del DNI del paciente.

Las **VACUNAS ANTIGRIPALES** poseen cobertura al 40%. Pueden ser expandidas al **100% únicamente**:

- Con autorización de la Entidad.
- Sin autorización para pacientes con cobertura PMI.
- Niños menores de 24 meses.
- Adultos mayores de 65 años

Se acepta la prescripción por acción farmacológica "VACUNA ANTIGRIPAL".

## (\*9) PRESENTACION

Las facturaciones se deberán presentar en lotes por separado, conforme el siguiente esquema:

- 40% AMBULATORIOS
- 70% CRONICIDAD
- 100% PLAN MATERNO INFANTIL
- 100% ANTICONCEPTIVOS
- AUTORIZACIONES ESPECIALES (VARIABLE)

Asimismo, les recordamos que las recetas de cada plan deberán encontrarse numeradas en forma correlativa.

## MODELOS DE CREDENCIAL







## MODELO DE CREDENCIAL DIGITAL

