

	A CARGO O. SOCIAL	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
AMBULATORIOS	40%	60%	VADEMECUM AMBULATORIO
PLAN MATERNO INFANTIL (*1)	100%	----	VADEMECUM AMBULATORIO
AUTORIZACIONES ESPECIALES (*2)	VARIABLE	VARIABLE	MANUAL FARMACEUTICO

CREDECIAL (*3)

Definitiva: SI

Provisoria: NO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

TIPO DE RECETARIO (*4)

Oficial: NO

Particular: SI

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos

PSICOFARMACOS

Duplicado: SI

Fotocopias: NO

ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.

Con sello: SI Manuscrito: NO

ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES

Letras y números: SI (solo si excede una unidad)

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por el afiliado: SI (errores de expendio)

Por la farmacia: SI (*5)

LIMITACIONES CANTIDAD Y TAMAÑO

a) Hasta tres (3) especialidades por receta de distinto principio activo y hasta una (1) unidad

de cada especialidad. **Solo se podrá dispensar un (1) envase grande por receta.**

Con **TRATAMIENTO PROLONGADO**, hasta 2 (dos) unidades por especialidad.

PLAN AUTORIZACIONES ESPECIALES: Lo indicado por el Centro de Seguimiento, coincidiendo con lo prescripto.

ESPECIALIDADES EXCLUIDAS

VENTA LIBRE.

DE USO EN INTERNACION.

HOSPITALARIOS.

PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMA FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO FIGUREN EN VADEMECUM

AUTORIZACIONES: A cargo de la Entidad, ADMIFARM GROUP O A TRAVES DE LA VALIDACION INDICADA EN EL PUNTO AUTORIZACIONES ESPECIALES (*2)

PRESENTACION (*6)

Planilla Oficial de ADMIFARM emitida por GDR.

FACTURACION Y REFACTURACION: Ver normas generales de atención y presentación.

IMPORTANTE:

Toda receta y/o prescripción médica debe efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase y concentración.

(*1) PLAN MATERNO INFANTIL

COBERTURAS:

PARA LA MADRE: Durante el embarazo y hasta un mes después del parto.

PARA EL NIÑO: Hasta el año de vida.

- El afiliado deberá presentar credencial de PMI (ver modelo).
- La receta deberá contar con su respectivo "DIAGNOSTICO", de puño y letra del profesional prescribiente.

VACUNAS:

Solo las incluidas en el vademécum, sin excepción.

(*2) AUTORIZACIONES ESPECIALES

- Cualquier excepción a las presentes normas deberá contar con la autorización de **O.S.F.E.** indicando el porcentaje de descuento a efectuar. A continuación detallamos el personal autorizante:
 - Dr. Javier Santos.
 - Dra. Susana Cabanas.
 - Dra. Natalia Molteni.
 - Dr. Antonio Villamarin.
- La autorización también podrá ser solicitada a través del **CENTRO DE SEGUIMIENTO** para pacientes crónicos **0810-345-NUTR (6887)**, validando la venta a través de nuestro sistema integrado, o en su defecto **ingresar a la página web <https://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.
- No se deberán tener en cuenta las limitaciones de cantidad de unidades por especialidad.

(*3) CREDENCIAL

Ante cada expendio se deberá VERIFICAR que el beneficiario se encuentre incluido en el PADRON DE AFILIADOS HABILITADOS que se envía mensualmente.

(*4) RECETARIO

Solo serán válidos los recetarios con membrete del profesional médico o Institución prestadora.

Las recetas deben contener los datos que se detallan a continuación:

- Nombre y apellido del beneficiario
- Número de beneficiario
- Medicamentos recetados con aclaración de nombre genérico, dosis y forma farmacéutica.
- Cantidad de medicamentos en números y letras
- Fecha de prescripción

- Firma del médico y sello aclaratorio con número de matrícula.

Serán válidas las recetas preimpresas (confeccionadas en formato digital) con la firma del médico prescriptor (de puño y letra en lapicera y/o birome o electrónica o digitalizada.)

NO SE ACEPTARÁN RECETAS PREIMPRESAS DONDE EL MEDICAMENTO PRESCRIPTO SEA MARCADO MEDIANTE TILDE.

- Todas las recetas deberán estar completas por la farmacia con:

- Fecha de expendio y factura con porcentajes a abonar por el afiliado y por la Obra Social.
- Firma de conformidad de quien retira, aclarando nombre, apellido, documento de identidad y domicilio.
- Sello de la farmacia
- Adjuntar los troqueles de acuerdo al orden de prescripción

(*5) ENMIENDAS SALVADAS

Cuando en la receta el número del afiliado fuese erróneo, sea poco legible o se encuentre incompleto, el farmacéutico podrá salvarlo al dorso, indicando en el frente junto al dato a corregir la frase "**ver al dorso**". El beneficiario debe firmar a continuación a modo de conformidad.

(*6) PRESENTACION

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

- a) 40% - AMBULATORIOS
- b) 100% - PLAN MATERNO INFANTIL
- c) AUTORIZACIONES ESPECIALES

MUY IMPORTANTE:

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

MODELOS DE CREDENCIALES

OSFE Obra Social
FERROVIARIA

Afiliado Nro.: 01-10937093-00

**ALMADA
GRACIELA SUSANA**

DU 10937093 Plan: Pasivo

OSFE Obra Social
FERROVIARIA

Afiliado Nro.: 01-22867067-00

**LURBET
DANIELA ALEJANDRA**

DU 22867067 Plan: Monotributo

OSFE Obra Social
FERROVIARIA

Afiliado Nro.: 01-11196874-00

**ALFONSO
RAFAEL**

DU 11196874 Plan: Jubilable
Vto.: 01/04/2018

OSFE Obra Social
FERROVIARIA

AFILIADO Nro. 01-35290536-02

NOMBRE **LEDESMA
DEMARIS EDITH**

DOCUMENTO: DU 35144630

PLAN: Activo ZONA: VTO: 26/03/2018

OSFE Obra Social
FERROVIARIA

Afiliado Nro.: 01-28253063-01

**GEDDE
JUANA JESUS LUJAN**

DU 28253063 Plan: Activo

MODELOS DE CREDENCIALES PMI

Fecha Emisión: 11 de julio de 2019

OSFE Obra Social FERROVIARIA

CERTIFICADO AFILIACION PROVISORIO

Afiliado N°: 13449996100/1

Nombre: GARCIA,CAROLINA

D.N.I.: 39608269

Plan: Activo

Fecha Alta Afil: 1 de febrero de 2015

COBERTURA: PMI 02/02/2020

Carnet Provisorio válido por 60 días



OSFE Obra Social FERROVIARIA

Afiliado Nro.: 01-34499961-01

GARCIA
CAROLINA

DU 39608269

Plan: PMI

Vto.: 02/02/2020