

Fecha de Vigencia: 01-06-2006

OSDIPP (Obra Social del Personal de Dirección de la Industria Privada del Petróleo)		
1. AMBITO DE APLICACIÓN:		
Capital Federal	Gran Buenos Aires	Interior
2. DESCUENTOS		
<p><i>Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor vigente al día del expendio, que figuran en el Manual Farmacéutico.</i></p> <p>DENOMINACION DE LOS PLANES: Magnus, 1, 2, 3, 4, 100, 200, 300, 150, 250 y 350.</p> <p>Estos planes estarán acompañados por LETRAS que indicarán el porcentaje de cobertura en medicamentos en las farmacias contratadas. (Ej. 1 A: 80% , 1 E: 50%, 2 A 80%, 2 B: 70%)</p>		
Plan:	A cargo del afiliado:	A cargo de la entidad:
A y C	20 %	80 %
B	30 %	70 %
D	40 %	60 %
E	50 %	50 %
F	60 %	40 %
PMI – Plan Materno Infantil		100 % - Ver normas en punto 4
3. REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES		
Tipo de Recetario:	Convencional con membrete impreso del médico o del Centro de Atención, o del Hospital en su caso. No se aceptan fotocopias de recetas. También se aceptarán los recetarios de sistemas de atención en emergencias. No se aceptarán recetarios con publicidades o sin membrete	
Datos contenidos en la receta: (Los datos escritos por el profesional deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma)	Denominación de la entidad Nombre, Apellido del afiliado y Número de afiliación. Fecha de emisión de la receta. Firma y sello aclaratorio del profesional. (El sello es obligatorio aún figurando las recetas impresas con los datos del médico). Detalle de los medicamentos Cantidades de los medicamentos en números y letras Leyenda <i>Tratamiento Prolongado</i> (si corresponde).	
Validez a) para la venta:	30 (treinta)..días a partir de la fecha de emisión e incluyendo la misma.	
b) para la presentación:	60 (sesenta) días corridos, a partir de la fecha de venta e incluyendo la misma.	
c) Para la refacturación:	30 (treinta) días corridos a partir de haber recibido la liquidación por parte de la farmacia.	
	<u>RECORDAR QUE LOS DEBITOS SON NO REFACTURABLES, SALVO ERRORES INHERENTES A LA AUDITORIA.</u>	

Cantidad máxima de Medicamentos y de envases por receta:	Tratamiento Normal: se podrán dispensar hasta 3 (tres) productos distintos por receta y hasta 1 (un) solo envase por renglón.	
	Tratamiento Prolongado: se podrán dispensar hasta 2 (dos) envases por renglón, debiendo estar indicado el contenido de cada uno de los envases. De omitirse el contenido, sólo se proveerá el envase de menor contenido disponible.	
Contenidos máximos de cada medicamento según su tamaño:	Tamaño especificado: Lo requerido en la receta.	
	Tamaño no especificado: Vender la menor presentación.	
	Especifica "grande": Vender la presentación siguiente a la de menor tamaño.	
Antibióticos inyectables:	Monodosis: hasta 6 (seis) ampollas individuales por receta. Multidosis: hasta 2 (dos) envases por receta.	
Psicofármacos:	Lista II (receta oficial):	Receta de Salud Pública Receta adjunta de la institución.
No se aceptan fotocopias de recetas.	Lista III y IV (receta archivada):	Receta oficial por duplicado, con sello y firma del médico, aún estando el sello impreso.
Importe total por receta	No se podrá expender en un sola venta ya sea en una o varias recetas, un monto superior a los pesos seiscientos (\$600.-) Excepto autorización previa de OSDIPP. Para ello, la farmacia deberá solicitar dicha autorización al fax: 5129-3963 ó 5129-3961	
4. PLAN MATERNO INFANTIL:		
Habilitación del beneficiario	Madre y niño: Tarjeta de autorización Plan Materno Infantil	
Recetario	Igual al resto de los planes	
Límites de cantidades	Medicamentos: igual al resto de los planes Leches medicamentosas: lo indicado por el médico	
Productos cubiertos	Medicamentos: Únicamente productos relacionados con el embarazo y pediátricos (Se adjunta listado) Leches medicamentosas: Cobertura 100% hasta los 12 meses de vida CON AUTORIZACIÓN PREVIA DE OSDIPP	
5. REQUISITOS DEL AFILIADO:		
Deberá presentar:	Credencial de afiliación en vigencia con cupón actualizado (Ver Anexos: Credenciales) Receta correspondiente.	
Deberá verificarse:	Existencia del afiliado en el padrón: Ver Anexos.	
6. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:		
La farmacia deberá cumplimentar lo sgte.:	Pegar el troquel con su código de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescritos. (No abrochar ya que dificulta la lectura del código de barras)	
	Fecha de dispensación	
	Importes unitarios y totales y porcentaje a cargo de la entidad	
	Cantidades entregadas de cada medicamento prescrito.	
	Firma del asociado o tercero interviniente, aclaración de firma , número de documento de identidad, domicilio y teléfono.	
	Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico.	
7. ENMIENDAS:		
Recordar:	Las correcciones y enmiendas a la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma.	
8. AUTORIZACIONES:		
Importante:	Antes de rechazar cualquier receta, llamar a Farmalink al teléfono (011) 4814 - 7900, de lunes a viernes de 09 a 18 hs. o enviar su fax al número (011) 814 - 7994. Sólo podrán expenderse recetas que NO cumplan con todos los requisitos, cuando se hallaren autorizadas por alguno de los siguientes profesionales de OSDIPP: Dra. Mónica Linardi o Dr. Carlos Esquivel	

9. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:

• INCLUSIONES :

- Se cubrirán todos los productos de venta bajo receta que figuren en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos.

- Requieren autorización previa de auditoría médica:

Antitabáquicos:
Bupropion.

Orlistat (Ej.: Xenical, o productos similares).

Productos para alimentación enteral.

• EXCLUSIONES GENERALES:

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS POR OSDIPP:

Accesorios: material de curaciones, material descartable, material de cirugía y accesorios varios.
Antialopécicos (productos con octopirox).
Anticaspas y antiseborreicos.
Dermatoaclarantes.
Elementos fijadores y de limpieza de prótesis dentales, pastas, polvos e hilo dental.
Fórmulas magistrales, flores de Bach y herboristería.
Jabones, champúes y lociones capilares de todo tipo.
Productos para el crecimiento de FANERAS.
Productos de venta libre.
Productos sin troquel.
Productos de perfumería, cosmética y dermatocosmética.
Productos de uso exclusivo en internación y/o envases de tamaño hospitalario.
Urea, urea + asociados o urea y alfa-hidroácidos.
Finasteride en concentración de 1 mg.
Minoxidil.
Sildenafil (Ej.: Viagra, Sildefil, Lumix o productos de acción similar).
Los siguientes productos en todas sus formas:
Aminoterapia.
Babysan (Cubierto sólo en Plan Materno Infantil)
Dermaglós (Cubierto sólo en Plan Materno Infantil)
Masivol (Cubierto sólo en Plan Materno Infantil)
Dermatológicos que contengan ácido retinoico (aclaramos que los productos clasificados como retinoides poseen cobertura Ej:
Roaccutan (isotretinoína).
Humectantes vaginales.
Productos Homeopáticos.
Antimicóticos en laca.
Sibutramina.
Tratamiento de la disfunción sexual masculina.
Callicidas
Cepillos de todo tipo.
Cremas reductoras. Productos para la estética corporal.
Mamaderas, pañales, sondas, etc.

PRODUCTOS PROVISTOS POR OSDIPP (Sólo por EXCEPCIÓN, venta en farmacias con autorización previa):

Leches maternizadas
Agentes Inmunosupresores.
Botox.
Derivados de la sangre y derivados plasmáticos.
Drogas utilizadas en el tratamiento del sida
Heparinas de bajo peso molecular.
Hormona de crecimiento.
Interferones.
Productos con piridostigmina.
Productos para nutrición (enteral y parenteral).
Productos que regulan la natalidad: anovulación para uso anticonceptivo,
anticonceptivos de uso local.
Todos los productos que contengan las siguientes drogas:
Teicoplanina.
Octeotride.

	<p>Cerezyme. Copolímero – 1 (Ej. Copaxone). Tobramicina aerosolizada. Factores de coagulación (factor VIII, IX, etc.). Riluzol (Ej.: Rilutek o productos de próxima aparición). Eritropoyetina. Drogas Oncohematológicas (Ej: Leucomax, Neupogen, factores estimulantes de colonias). Inductores de la Ovulación y/o productos para tratar la esterilidad. Lupron. Productos para quimioterapia antinoplásica (oncológicos) Setrones. Tamoxifeno. <u>Tratamiento de la Diabetes:</u> Insulina: se cubre al 100% Jeringas y agujas correspondientes al tratamiento se cubren al 100%. Tiras reactivas, dígito puntoreos y antidiabéticos orales se cubren de acuerdo al siguiente detalle: Planes con cobertura superior a 70% = cobertura del plan Planes con cobertura inferior a 70% = se reconoce el 70%</p>
--	--

10. MEDICAMENTOS FALTANTES:

Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta.

11. LISTADO DE LECHES MEDICAMENTOSAS CUBIERTAS:

Se cubrirán todas las leches medicamentosas identificadas en el listado de Alfa Beta con la forma farmacéutica N° 57