

**EXPLICATIVO  
Confección de Bonos**

VIGENCIA: 01/04/05

**PARTE A**

A completar por el profesional médico (Únicamente profesionales de los Centros Médicos pertenecientes a la O.S.C.T.C.P)

A1 - Fecha de emisión: Fecha en la que se emitió la receta, debiendo utilizar los 2 (dos) primeros dígitos para el día, los 2 (dos) siguientes para el mes y los 2 (dos) últimos para el año.

A2 – Número de beneficiario: Corresponde al número de D.N.I. del beneficiario.

A3 – Número de categoría: Corresponde al último número que figura en la credencial. Este casillero **no es excluyente para la correcta presentación.**

A4 – Edad del afiliado: Si es menor de un año se indicará con “-1”

Ejemplo: 9 meses quedaría como “-1”

Si es mayor de un año se indicará con 01 y luego en forma sucesiva.

A5 – Apellido y nombre del afiliado: En letra manuscrita, clara y legible.

A6 – Sexo: Corresponde hacer una X (cruz) en el casillero que corresponda.

A7 – Nombre del medicamento: Se debe designar por principio activo. Se expresará la cantidad en números y letras.

Las recetas constan de dos (2) renglones, por lo tanto cuando se utilice sólo uno (1), el restante deberá ser tachado.-

No se podrán prescribir dos medicamentos con el mismo principio activo, y distinto nombre comercial o mismo nombre comercial y distinta potencia.

Limitaciones de cantidad y tamaño: Hasta 2 (dos) medicamentos diferentes en envases chicos por receta.

En caso de “TRATAMIENTO PROLONGADO” se podrán expender los medicamentos en envase grande, figurando dicha leyenda en la parte superior del recetario.

Antibióticos inyectables monodosis: Hasta 5 (cinco) unidades o hasta 2 (dos) cajas de 2 (dos) unidades.

Antibióticos inyectables multidosis: Hasta 1 (un) frasco.

**IMPORTANTE:**

El profesional deberá indicar claramente el contenido y la potencia de cada medicamento prescripto.

Si la prescripción no aclara el contenido y sólo indicase grande se dispensará el tamaño de presentación siguiente al menor en orden ascendente.

**“Toda receta que contenga prescripto un producto que no figure en vademécum será rechazada sin posibilidad de refacturación alguna.”**

## NORMAS OPERATIVAS O.S.C.T.C.P. y MUTUAL U.T.A.

A8 – Número de prestador médico autorizado: De próxima implementación.

A9 – Sello de la Institución: Podrá figurar únicamente las instituciones incluidas en el Apartados I y II (Prestadores y Servicios de Emergencia autorizadas por O.S.C.T.C.P.). Las farmacias podrán aceptar en caso de recetas prescriptas por empresas de servicios de Urgencia y Emergencia a aquellas que posean el sello o el nombre de la Empresa de Emergencias derivadora escrita de puño y letra del médico, cuando la entidad no posea sello.

**“Serán rechazadas todas las recetas prescriptas por médicos laborales y/o particulares, se podrán aceptar recetarios salvados por otro profesional que no sea el que originalmente prescribió la receta, siempre y cuando el salvado sea efectivizado por la misma entidad médica acompañada por el sello de la institución”**

A10 – Firma del profesional prescriptor: Con sello, firma, aclaración y número de matrícula

A11 – Diagnóstico: Acorde al medicamento prescripto según patología. Segundo diagnóstico separado por una barra ( / ) para medicamentos de distinta patología del primero. Para aquellos diagnósticos en el que figure SECRETO MEDICO, el mismo deberá acompañarse por el código de la patología y solo será aceptado para medicamentos psiquiátricos.

### ENMIENDAS SALVADAS

A completar por el médico, en caso de ser errores de prescripción. Deberán ser salvados por el mismo médico prescriptor o en su defecto por otro médico debiendo en este caso el salvado ser efectivizado por la Entidad Médica acompañado por el sello de la Institución.

### DOCUMENTACION QUE DEBE PRESENTAR EL AFILIADO A LA FARMACIA

- Credencial celeste y negra (para la Obra Social) y dorada (para la Mutual).
- D.N.I.
- Orden Provisoria

En caso de “ORDEN PROVISORIA” se deberá exigir la presentación del D.N.I. (del afiliado que figura en la receta). Se deberá verificar la fecha de vencimiento de dicha Orden Provisoria.

## **PARTE B**

A completar por la farmacia.

B1 – Código profesional o Institución: NO DEBE COMPLETARSE.

B2 – Fecha de dispensación: Día, mes y año de expendio de los medicamentos debiendo utilizar los 2 (dos) primeros dígitos para el día, los 2 (dos) siguientes para el mes y los 2 (dos) últimos para el año.

B3 – Código de la farmacia

B4 – Número de Orden: Cada receta deberá ser numerada correlativamente a partir del 0001 por factura presentada.

B5 – Cantidad entregada: Se indicará la cantidad (en números) de envases entregados.

B6 – Precio Unitario (A)

B7 – Importe (A): Total del importe facturado por la farmacia por medicamento.

B8 – a.c. O.SOC.: Importe a cargo de la Obra Social.

B9 – Total receta (A): Sumatoria de los importes totales facturados por la farmacia por medicamento.

B10 – A cargo Benef. (A): Total a cargo del beneficiario.

B11 – A cargo O.Social (A): Total a cargo de la Obra Social.

B12 – Sello de la farmacia: El cual deberá ser legible, conteniendo la dirección y el teléfono de la misma, debiendo ser refrendado por el farmacéutico.

B13 – Beneficiario o Tercero Interviniente: Se deberá indicar con una X (cruz) si el que recibe los medicamentos es el beneficiario o un tercero interviniente. Quien recibe deberá indicar tipo y número de D.N.I.

B14 – Firma, aclaración y domicilio: Del afiliado o del tercero Interviniente.

B15 – Rótulos: Se deberán adherir los troqueles de los medicamentos entregados.

## ENMIENDAS SALVADAS

A completar por el afiliado, en caso de errores de expendio. Toda enmienda, tachadura y/o agregado de los requisitos a cumplimentar por la farmacia, deberán estar debidamente salvados al dorso de la receta, especificando:

- Motivo que origina el salvado.
- Firma y sello de la farmacia.
- Firma de conformidad del receptor del medicamento.

## **NORMAS OPERATIVAS O.S.C.T.C.P. y MUTUAL U.T.A.**

La farmacia tachará con una línea los espacios correspondientes a los productos no entregados.

### **IMPORTANTE**

**Previo al expendio se deberá verificar que en la receta consten completos, los datos que debieron ser cumplimentados por el profesional actuante.**

### **PLAN MATERNO INFANTIL**

#### **PARTE A (Idem Obra Social)**

#### **IMPORTANTE:**

El recetario deberá poseer en su anverso un sello con la leyenda “ PLAN MATERNO INFANTIL “ “ Válido hasta --/--/-- “, esta validez debe compatibilizarse con la que surja de la documentación que acredite el período de cobertura (Partida de nacimiento, libreta sanitaria y/o ficha del P.M.I.)

#### **COBERTURA:**

**Para la madre:** Hasta 30 (treinta) días posteriores al parto.  
**Para el niño:** Medicamentos: Hasta el primer año de vida  
Leches: Hasta los primeros 3 (tres) meses de vida.

#### **DOCUMENTACION A PRESENTAR**

**Para la madre:** Carnet celeste y negro  
DNI  
Fotocopia del Certificado de embarazo o ficha del P.M.I.  
(Verificar la fecha de vencimiento al dorso de la receta)

**Para el niño:** Carnet celeste y negro. En caso de no poseer el carnet correspondiente podrá presentar D.N.I., libreta sanitaria y/o ficha del P.M.I.  
o podrá prescribirse a nombre de la madre.

En caso de que el afiliado presente una “ ORDEN PROVISORIA “ se deberá verificar la fecha de vencimiento y se le deberá exigir el D.N.I. del afiliado que figura en la receta.

#### **PARTE B (Idem Obra Social)**

## **PLAN MATERNO INFANTIL**

### **BONOS DE LECHE**

Las farmacias no están autorizadas a entregar ningún tipo de leche, las mismas deberán ser tramitadas y retiradas en la Obra Social.

### **ENMIENDAS SALVADAS**

A completar por el médico, en caso de ser errores de prescripción. Deberán ser salvados por el mismo médico prescriptor o en su defecto por otro médico debiendo en este caso el salvado ser efectivizado por la Entidad Médica acompañado por el sello de la Institución.

A completar por el afiliado, en caso de errores de expendio. Toda enmienda, tachadura y/o agregado de los requisitos a cumplimentar por la farmacia, deberán estar debidamente salvados al dorso de la receta, especificando:

- Motivo que origina el salvado.
- Firma y sello de la farmacia.
- Firma de conformidad del receptor del medicamento.

## **PLAN MATERNO INFANTIL**

FICHA (En la próxima hoja se adjunta un modelo de la misma)

En caso de que el afiliado presente como documentación la ficha del PLAN MATERNO INFANTIL el farmacéutico deberá verificar los siguientes datos:

- 1- Apellido y nombre de la madre.
- 2- Número de afiliado: el mismo corresponde al número del DNI de la madre.
- 3- Fecha de parto: Se debe tener en cuenta que en el caso de la madre, la cobertura corresponde hasta el mes de puerperio y en el caso del bebe hasta el primer año de vida.
- 4- Atendido en: Solo se aceptarán aquellos que fueron atendidos en una Entidad Médica autorizada por la Obra Social (Según Apartado I de la Norma de Procedimiento).

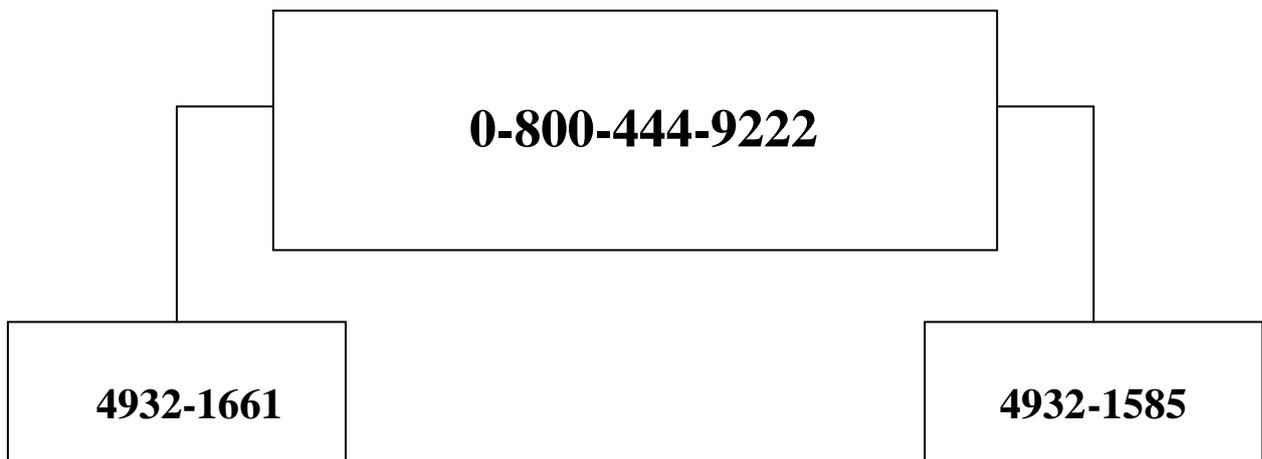
### **IMPORTANTE**

**Si los datos no están debidamente cumplimentados no se aceptará dicha ficha como documentación válida.**

**RECUERDE:**

- ANTE CUALQUIER DIFICULTAD FRENTE A UN AFILIADO
- PARA EVITAR POSIBLES DEBITOS
- O PARA CUALQUIER CONSULTA

**LLAME A NUESTRA LINEA DE AUTORIZACIONES :**



**ACREDITACION COMO BENEFICIARIO**

**1.- CREDENCIAL HABILITADAS**

- Magnética celeste y negra (Obra Social)
- Magnética dorada (Mutual)
- Cartón amarillo (Obra Social – **solo La Plata**)
- Cartón blanco (Obra Social y Asociación Mutual –**Provisoria**)

**2.- D.N.I.**

- Presentación obligatoria

**3.- RECETA OFICIAL**

**Validez 10 (diez) días corridos de la fecha de emisión**

**COBERTURA**

	<b>Cubre Obra Social</b>	<b>Cubre Mutual</b>	<b>Paga Afiliado</b>
<b>Receta Obra Social de color Celeste</b>	<b>40% - 70%-100%</b>	---	<b>60% - 30% - 0%</b>
<b>Receta Mutual de color Verde</b>	----	<b>100% - 70% - 80 % (según corresponda)</b>	<b>0% - 30% - 20% (según corresponda)</b>
<b>Receta de P.M.I. de color Blanco</b>	<b>100%</b>	---	---
<b>Bono de Leche de color Blanco</b>	<b>100%</b>	---	---

En el caso de ser **imposible utilizar el sistema de Validación On Line** o si la credencial indica que está “**inhabilitada**” adjuntar a la receta las siguientes fotocopias:

- D.N.I.
- Credencial
- Ultimo recibo de sueldo, **donde debe figurar la retención correspondiente**

Para las credenciales “**Provisorias**” luego de verificar el vencimiento de la misma, adjuntar a la receta las fotocopias de:

- D.N.I.
- Credencial