

CONVENIO DE PRESTACIONES FARMACEUTICAS
O.S.P.E.R. y H.R.A. / CÁMARA DE FARMACIAS DE CHACO

ANEXO IV
NORMAS OPERATIVAS

- a) En receta médica a la que se hace mención en el artículo dos del cuerpo principal del contrato, deberá constar el nombre y apellido del beneficiario, la prescripción médica (que no podrá exceder de dos tipos de medicamentos distintos y de tres medicamentos en total), la fecha de la prescripción y la firma, la aclaración de firma y la matrícula del médico tratante.
- b) La vigencia y validez de la mencionada receta será de treinta (30) a contar a partir de la fecha de emisión.
- c) Cuando en la receta médica no constare el tamaño del medicamento prescrito, se hará entrega -según el caso- del más chico o del de menor presentación. Del mismo modo, cuando una medicación se identificara en la receta médica a través del nombre comercial, se procederá, en cumplimiento de la resolución 310/04 M.S. y sus modificatorias, a la entrega del medicamento de más bajo costo que contenga la misma monodroga (genérico).
- d) En caso de que por razones circunstanciales las recetas no pudieran presentarse en las condiciones precitadas, **LA OBRA SOCIAL**, mediante comunicación expresa, podrá suprimir alguna de las exigencias mencionadas.
- e) **EL PRESTADOR** podrá rechazar por sí toda receta que lleve sobreagregados y/o tachaduras y/o borraduras no salvadas, o presente signos de adulteración o no se ajuste a las condiciones establecidas en el presente contrato. En caso de que la Farmacia dispensara recetas deficientes, **LA OBRA SOCIAL** deberá llevar a cabo el mismo

procedimiento previsto para el caso de débitos por error en la confección de los resúmenes de facturación. Esto es: que LA OBRA SOCIAL, en el mismo momento en que abone la facturación que ha sufrido el débito, notifique a LA CÁMARA la realización del mismo y devuelva la documentación pertinente para la subsanación del error y posterior refacturación. La refacturación del importe debitado, deberá realizarse dentro de los sesenta días de la toma de conocimiento del mismo.

- f) Los afiliados a LA OBRA SOCIAL abonarán en las farmacias colegiadas y/o asociados y/o adheridas a **LA CÁMARA**, el 60% del valor de los medicamentos; quedando a cargo de **LA OBRA SOCIAL** el 40% restante. En casos de enfermedades crónicas y de Plan Materno Infantil quedará a cargo de esta última el 70% y el 100% respectivamente.
- g) Las recetas deberán llevar adherido el troquelado con su correspondiente código de barras separable de cada envase de medicamento dispensado. Cuando el envase no posea troquelado se indicará con la abreviatura "S/T" (sin troquel), siempre que el medicamento se encuentre comprendido entre los que su cobertura queda a cargo de **LA OBRA SOCIAL**.
- h) El afiliado, cuando la farmacia por imperio de disposiciones legales tenga la obligación conservar en su poder la receta (como es el caso de los alcaloides, psicotrópicos, etc.), deberá presentar un duplicado de la misma emitido por el médico, "sin valor de facturación".



Víctor Santa María
Presidente
OSPERYHRA

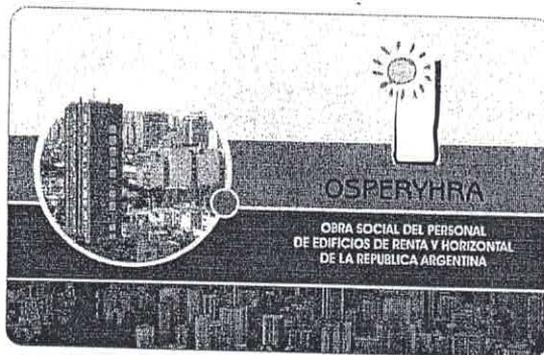


Jorge Tapia
Tesorero
OSPERYHRA

CONVENIO DE PRESTACIONES FARMACEUTICAS
O.S.P.E.R. y H.R.A. / CÁMARA DE FARMACIAS DE CHACO

ANEXO II
MODELO DE CREDENCIAL DE AFILIADO

frente en tonos azules



frente en tonos verdes



Formulario de datos personales para la credencial azul:

- Cuñ:
- Nombre:
- Nº Benef:
- DNI:
- Parentesco:
- Vencimiento:

Esta credencial solo será válida con el documento de identidad y el último recibo de sueldo del titular.

Formulario de datos personales para la credencial verde:

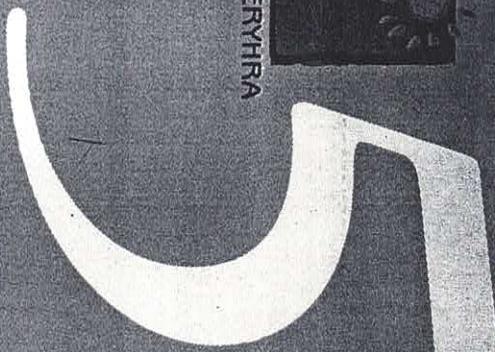
- Cuñ:
- Nombre:
- Nº Benef:
- DNI:
- Parentesco:
- Vencimiento:

Esta credencial solo será válida con el documento de identidad y el último recibo de sueldo del titular.


Victor Santa María
Presidente
OSPERYHRA


Jorge Tapia
Tesorero
OSPERYHRA





Orden de Medicación

fecha emisión
fecha entrega

fecha vencimiento

datos adicionales beneficiario

EDAD	SEXO	PESO

diagnostico	forma farmacéutica	dosis diaria	control
1			
2			

precio unitario	importe

DATOS DEL TITULAR	
NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
NRO. BENEFICIARIO	
PROFESIONAL QUE SOLICITA	
FIRMA Y SELLO	

B

A

Victor Santa Maria
 Presidente
 OSPERYHRA

Jorge Tapia
 Tesorero
 OSPERYHRA

CAMARA DE FARMACIAS DEL CHACO
 Cdr. Juan Carlos Domitrovic
 PRESIDENTE