

Fecha de Vigencia: 11/11/2002.

<b>OPDEA</b>		
<b>Obra Social del Personal de Dirección</b>		
<b>1. AMBITO DE APLICACIÓN:</b>		
• Capital Federal	• Gran Buenos Aires e interior de la Provincia de Bs. As.	• Resto del País
<b>2. DESCUENTOS</b>		
<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 o Agenda Kairos.</i>		
<b>Plan:</b>	<b>A cargo del afiliado:</b>	<b>A cargo de la entidad:</b>
General	60%	40%
<b>3. REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES</b>		
<b>Tipo de Recetario:</b>	De todo tipo ( particular y de instituciones)	
<b>Datos contenidos en la receta:</b> (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.	
	Detalle de los medicamentos recetados y cantidades en números y letras	
	Fecha de prescripción de la receta	
	Firma y sello aclaratorio del profesional, con número de matrícula y aclaración, aún si estuvieran preimpresos.	
	Leyenda <i>Tratamiento Prolongado</i> o sus abreviaturas (si corresponde): debe indicarse además el tamaño y contenido de cada producto prescripto, ya que de omitirse este requisito deberá dispensarse el de menor tamaño y/o contenido existente.	
<b>Validez a) para la venta:</b>	30 (treinta) días a partir de la fecha de prescripción e incluyendo la misma.	
<b>b) para la presentación:</b>	60 (sesenta) días corridos, a partir de la fecha de venta e incluyendo la misma.	
<b>Cantidad máxima de Medicamentos y de envases por receta:</b>	<u>Tratamiento Normal:</u> hasta 3 (tres) especialidades medicinales por receta, y hasta 1 (un) envases por cada especialidad.	
	<u>Tratamiento Prolongado:</u> hasta 3 (tres) especialidades medicinales por receta, y hasta 2 (dos) envases por cada especialidad.	
<b>Contenidos máximos de cada medicamento según su tamaño:</b>	Tamaño especificado: Lo requerido en la receta.	
	Tamaño no especificado: Vender la menor presentación.	
	Especifica "grande": Vender la presentación de mayor contenido Si el profesional equivoca la especificación de cantidad y/o contenido, deberá dispensarse el tamaño inmediato inferior al indicado.	
<b>Antibióticos inyectables:</b>	<u>Monodosis:</u> hasta 5 ( cinco) ampollas individuales por receta. <u>Multidosis:</u> hasta 2 (dos) envases por receta.	
<b>Psicofármacos:</b>  No se aceptan fotocopias de recetas.	Lista II (receta oficial):	Receta de Salud Pública Receta adjunta de la institución.
	Lista III y IV ( receta archivada):	Receta oficial por duplicado, con sello y firma del médico, aún estando los datos impresos.
<b>4. REQUISITOS DEL AFILIADO:</b>		

<b>Deberá presentar:</b>	Credencial de afiliación en vigencia (Ver <b>Anexos:</b> Credenciales) y DNI o documento de identidad. Receta correspondiente.
<b>Deberá verificarse:</b>	Vencimiento de la credencial o cupón adjunto a la misma.
<b>5. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:</b>	
<b>La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:</b>	Pegar o abrochar 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 prescriptos. Si el producto no tuviera troquel, colocar solapa, rótulo y/o código de barras. Fecha de dispensación Importes unitarios y totales y porcentaje a cargo de la entidad Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto. Número de orden de la receta – correlativo a la fecha de venta. Firma del asociado y aclaración Firma del tercero, aclaración de firma y número de documento de identidad, el cual deberá ser exhibido Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico.
<b>6. ENMIENDAS:</b>	
<b>Recordar:</b>	Cuando en una receta el número de afiliado sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia debe repetirlo al dorso, en forma clara y correcta, indicando junto al número consignado por el médico la frase “ver al dorso” y el beneficiario deberá firmar nuevamente en conformidad.
<b>7. AUTORIZACIONES:</b>	
<b>Importante:</b>	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) 4814 - 7994.
<b>8. PLAN MATERNO INFANTIL - PMI:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PMI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se implementara a partir del 1° de Mayo de 2004.</li> <li>• Se cubrirán los medicamentos relacionados con el embarazo y todos los que el bebé necesite durante el primer año de vida con cobertura del 100%, según: <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Beneficiarios:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>La madre</u> deberá presentar la credencial con la sigla PMI, que la acredite como perteneciente a este plan.</li> <li>✓ La medicación para <u>el niño</u> podrá ser expendida con la credencial de la madre y el certificado de nacimiento hasta el mes. Luego de este lapso, el niño deberá presentar su propia credencial PMI.</li> </ul> </li> <li>- <b>Medicamentos cubiertos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <u>Para la madre</u>, se podrán expender todos los productos detallados en el listado PMI Madre con cobertura al 100%. La medicación fuera de dicho listado, requerirá autorización. Caso contrario se expenderá con el 40 % de descuento, siempre y cuando no este en el listado general de exclusiones de OPDEA.</li> <li>✓ <u>Para el niño</u>, se podrán expender todos los productos de forma farmacéutica pediátrica del listado PMI Niño con cobertura 100%. La medicación fuera de este listado (siempre y cuando no esté en el listado general de exclusiones de OPDEA) requerirá autorización. Caso contrario se expenderá con el 40% de descuento.</li> <li>✓ Las leches medicamentosas necesitarán la autorización de</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>

	<p>Opdea para ser expendidas en la farmacia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Las vacunas correspondientes al calendario oficial de vacunación tienen una cobertura del 100 % <b>únicamente con previa autorización de OPDEA</b> donde deberán figurar los siguientes datos : <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Sello o Leyenda manuscrita : “CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN – AUTORIZADO COBERTURA 100 % A CARGO DE OPDEA”</li> <li>b) Sello del Centro de Atención Personalizada, Sello Identificador legible del funcionario autorizante (Nombre y apellido – Cargo y CAP)</li> <li>c) Firma hológrafa del autorizante.</li> <li>d) Lugar y fecha de Autorización.</li> </ul> </li> <li>✓ Los listados para cada caso estaran publicados en la pagina web de Opdea (<a href="http://www.opdea.org">www.opdea.org</a>) y de Farmalink (<a href="http://www.farmalink.com.ar">www.farmalink.com.ar</a>).</li> </ul>
<b>9. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>INCLUSIONES :</u></b></li> <li>• <b>Se cubrirán todos los productos de venta bajo receta que figuren en el Manual Farmacéutico al momento de la dispensa, con excepción de los expresamente excluidos.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>EXCLUSIONES GENERALES:</u></b> (Cobertura sólo con autorización previa de Opdea)</li> <li>- Productos de Venta Libre</li> <li>- Envases Hospitalarios</li> <li>- Productos de uso exclusivo en internación</li> <li>- <b><u>LISTADO DETALLADO DE PRODUCTOS EXCLUÍDOS QUE SE ACTUALIZARÁ MENSUALMENTE.</u></b></li> </ul> <p><u>NOTA:</u> hasta no contar con la actualización correspondiente, utilizar el último listado publicado en la página Web de Farmalink: <a href="http://www.farmalink.com.ar">www.farmalink.com.ar</a></p>

## ANEXOS

### Anexo 1 - Modelos de Credenciales Vigentes:



### Anexo 2 – Credencial con cupón de vencimiento



**Anexo 3 – Credencial Sin Cobertura:**



**Modelo de credenciales del Plan Materno Infantil**



**Opdea**

Obra Social del  
Personal de Dirección

**PLAN MATERNO INFANTIL**

DOC.:

PLAN:

F.NAC.:

F.VTO.:

**ORIENTACIÓN TELEFÓNICA LAS 24 HS.: 4338-2400**  
opdea-med / semedi

De uso exclusivo durante el embarazo y hasta 45 días post parto y para el bebé durante el 1º año de vida, quienes podrán adquirir sin autorización previa los medicamentos incluidos en los listados, con la cobertura del 100% a cargo de Opdea. Si solicita algún medicamento que no este contemplado en los mismos, para acceder a la cobertura mencionada, el asociado deberá contar con la autorización previa de la Obra Social.

Esta credencial es personal e intransferible y deberá ser presentada con el documento de Identidad.

De encontrarse esta tarjeta se ruega devolverla a OPDEA, B.de Irigoyen 546 Capital Federal.

*Plasti Card*