

## 1) PLANES Y COBERTURAS

AMBULATORIO	40% (CBA Y RIO IV) - 60 % ( INTERIOR NO RIO IV)
ANTICONCEPTIVOS	100%
DISCAPACIDAD (*)	100%
PLAN MATERNO INFANTIL	100%
CRONICIDAD (*)	70%

(\*) Sujeto a empadronamiento previo, y a vademécum.

Los descuentos mencionados se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM de Mis Validaciones.

**Cuando se prescribe una marca no incluida en el vademécum la farmacia debe sustituirla por otra que figure en el mismo** (que contenga el mismo principio activo, concentración y forma farmacéutica).

**Cuando se prescribe por principio activo la farmacia debe expender la marca que figura en el vademécum** (que contenga el principio activo, concentración y forma farmacéutica indicados).

**Si hubiere una marca sugerida por el profesional, la farmacia debe expender la misma, en caso de no haber sugerencia alguna ofrecerá al beneficiario todas las alternativas disponibles para ese principio activo y presentación.**

## 2) REQUISITOS DE LA RECETA

<b>Tipo de Recetario:</b>	De todo tipo (Oficial, particular o de Instituciones) <b>Nuevo modelo/formato de prescripción de medicamentos para los afiliados de la OS (ver modelo al final de la normativa)</b> El mismo es válido para los planes crónicos, ambulatorios, PMI, anticoncepción y diabetes de Luz y Fuerza. Los datos que en el formulario receta figuren pueden estar íntegramente colocados en formato digital (firma, fecha, etc.).  Se acepta el recetario electrónico del Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba (ver modelo)	
<b>Datos contenidos en la receta:</b>	Nombre y Apellido del paciente	
	Número de afiliado tal como figura en la credencial	
	Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letras; se debe recetar por monodroga.	
	Firma y sello del Médico con número de matrícula y aclaración	
	Fecha de prescripción	
<b>Validez:</b>	<b>Para la Venta:</b> 30 días <b>Para la Presentación:</b> 45 días a partir de la fecha de venta	
<b>Limitación en cantidad y tamaño</b>	<b>Cantidad de renglones:</b> 4 (cuatro)	
	<b>Cantidad de envases por renglón:</b> Hasta 1 (un) envase <b>Cantidad de envases por receta:</b> Hasta 4 (cuatro) envases	
	<b>Limites de tamaño:</b> Hasta 2 (dos) envases grande por receta y 2 (dos) chicos	
<b>Antibióticos inyectables:</b>	<b>Presentación</b>	<b>Entregar</b>
	Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla	Hasta 5 (cinco) por receta. Se considera tamaño grande a los efectos del límite de envases por receta
	Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla	Hasta 2 (dos) por receta. Se considera tamaño chico a los efectos del límite de envases por receta
<b>Psicofármacos:</b>	El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales de vigencia.	

Otras especificaciones:	Cuando el medico	Debe entregarse
	No especifica cantidades	El envase de menor contenido
	Solo indica la palabra "grande"	La presentación siguiente a la menor
	Equivoca la cantidad y/o contenido	El tamaño inmediato inferior al indicado

### 3) REQUISITOS DEL AFILIADO

- Credencial
- Documento de Identidad

### 4) REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO

La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:	
	Código de farmacia
	Fecha de venta
	Sigla "S/T", si correspondiera
	Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales)
	Sello de la Farmacia y firma de Farmacéutico
	Firma y aclaración de quien retira los medicamentos
	Ticket de venta, copia o factura manual

### 5) ENMIENDAS

Las correcciones y enmiendas a la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma

Las correcciones y enmiendas sobre datos de filiación del paciente deberán ser salvadas por el farmacéutico con su sello y firma.

De existir alguna enmienda hecha por la farmacia en los importes de la receta, esta deberá estar salvada con la firma del afiliado y consignar la aclaración del error cometido, al dorso de la receta. Los cambios evidentes en la tinta o letra que detalla los importes da cargo de Obra Social y/o del afiliado, así como la fecha de venta y las enmiendas en el número de orden, deberán estar salvados convenientemente por el farmacéutico.

### 6) VALIDACION

A través de [www.misvalidaciones.com.ar](http://www.misvalidaciones.com.ar)

#### ¿Cómo validar?

Con la receta a validar en mano ingresar a su usuario de la página Web de "Mis Validaciones". ([www.misvalidaciones.com.ar](http://www.misvalidaciones.com.ar)), seleccionar la obra social y hacer click la opción de menú: Validar receta.

Colocar el DNI o N° de afiliado y seleccionar el mismo.

Los afiliados con cobertura **CRONICA 70%** deben estar empadronados para recibir la medicación con la mencionada cobertura.

### 7) AUTORIZACIONES

Las recetas con coberturas especiales, deben venir autorizadas mediante un código de Mis

**8) PADRON DE AFILIADOS**

NO DESCRIBE

**9) PADRON DE PRESTADORES**

NO DESCRIBE

**10) VADEMECUM**

NO DESCRIBE

**11) EXCLUSIONES Y/O INCLUSIONES**

NO DESCRIBE

**12) PRESENTACION**

Mensual, 2ª Quincena

**13) BONIFICACION**

8% s/ T.F.

**14) OBSERVACIONES**

### ¿Cómo presentar las recetas a Farmanexus?

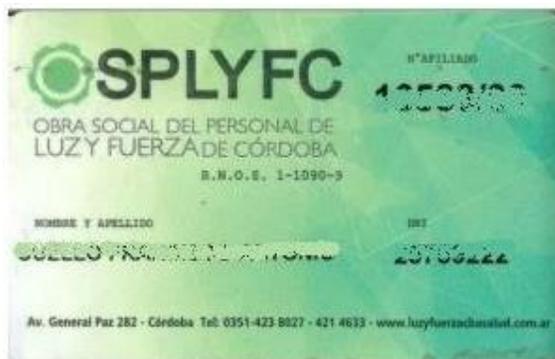
Realizar el cierre de lote, a través de Mis Validaciones, por plan.

Disponer de la siguiente manera la documentación:



Si la farmacia homologa su sistema de facturación con el validador de Mis Validaciones, no es necesario presentar el comprobante expendido por la página al momento de validar. Tener en cuenta que en estos casos, el código de validación debe estar visible en el ticket de venta.

## Modelo de Credencial



## Modelo de Recetario

Desde el día 1 de Febrero de 2023, se comenzara a recepcionar en los mostradores el siguiente modelo/formato de prescripción de medicamentos para los afiliados de la OS:

<b>Paciente</b>		
Apellido y Nombre: ALVAREZ, MARIANBLA CELESTE	Plan: OSPLYFC	
Nro. Afiliado: 774003	DNI: 39612073	
Diagnostico: <b>ANTICONCEPCION</b>		
Medicamento	Cantidad	Indicaciones
KALA MD 24 comp.recx 28 (drospirenona-etinilestradiol)	1	Por las mañanas una vez al día en ayunas
<b>Profesional</b>		
Fecha: 16/01/2023	M.P.: 33003/1	
Firmado Digitalmente: Fernando M. Cardoso	M.N.: 168592	
Especialidad: Médico		
		
Autoridad Certificante: Autoridad Certificante de la Administración Pública		
Receta válida hasta el día: 16/02/2023 (un mes).		

El mismo es válido para los planes crónicos, ambulatorios, PMI, anticoncepción y diabetes de Luz y Fuerza. Los datos que en el formulario receta figuren pueden estar íntegramente colocados en formato digital (firma, fecha, etc.)



# NORMAS DE ATENCIÓN



Fecha de Vigencia: 01/03/2020

OSLYFCBA  
Obra Social de Luz y Fuerza CORDOBA

N.OBS.0557.02  
Fecha de Actualización 18/03/2024

## Modelo Receta Electrónica Consejo de médicos de la Provincia de Córdoba

Receta Electrónica

ORIGINAL



Nro: 000001648-1

Fecha: 24-06-2022

Paciente

Arfini Fiorella - DNI: XXXXXXXXX

Obra Social

Obra social - Nro: XXXX

Prescripción

Cant	Monodroga	Sugerida	Presentación	Dosis por día
1	XXX	XXX	20 mg comp.rec.x 30	1 comp

Diagnóstico

F41



  
 Jorge Luis MXX  
 MP. 20XXX  
 ME. 20XX PSIQUIATRIA

Vence el día: 24-07-2022