

**NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE:
O.S.P.F. (Obra Social del Personal de Farmacia) y CC (Convenio Colectivo)
Vigencia: 01-10-2020**

DESCUENTOS A CARGO DE O.S.P.F.

AMBULATORIO 40%:	▶ Se reconocerá como descuento del 40% del precio de venta al público, todas las especialidades medicinales que figuran en el vademecum.
CRONICOS:	▶ Se reconocerá como descuento del 70% del precio de venta al público, todas especialidades medicinales que figura en el vademecum con dicho descuento. El resto de los productos se reconocen al 40%. Si el afiliado no pertenece a este plan, se expendrán al 40%
PMI:	▶ Se reconocerá como descuento el 100% (cien por ciento) del precio de venta la público, con sello de PMI- Plan Mterno Infantil, todos las especialidades medicinales incluidas en el vademecum.
ANTICONCEPTIVOS	▶ Se recomocerá como descuento el 100% (cien por ciento) del precio de venta al público, según lo establecido por la Ley Nº 25673, Salud Sexual y Reprod , todos los anticonceptivos incluidos en vademecum
AUTORIZACIONES ESPECIALES	▶ Para productos que no figuran en el vademécum. Se reconocerá el descuento indicado para cada producto en el formulario de autorización que emite la Obra Social.

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

Credencial, Documento de Identidad y recetario OFICIAL O.S.P.F.

RECETARIO

TIPO: OFICIAL
(Recetarios Ambulatorio OSPF: color blancos, Recetario Convenio Colectivo: blanco con leyenda CONVENIO COLECTIVO en gris)

VALIDEZ: 7 (siete) días corridos a partir de la fecha de prescripción médica inclusive.
Se reconocerán como validos los datos del afiliacion que figuran pre-impresos

- ▶ Apellido y Nombre del Beneficiario
- ▶ Número de Beneficiario

Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional y con la misma tinta:

- ▶ Categoría.
- ▶ Sexo.
- ▶ Edad.
- ▶ Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expendrá solamente uno).
- ▶ Diagnóstico (En cualquier forma, su ausencia es motivo de débito).
- ▶ Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- ▶ Fecha de Prescripción
- ▶ Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.
- ▶ Prescripción por nombre genérico o Denominacion Comun Internacional -DCI-Ley 25649-

LA FALTA DE CUALQUIERA DE ESTOS DATOS SERA MOTIVO DE DEBITO

LÍMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES:	2 (dos)
POR RECETA:	Hasta 2 (dos) envases
POR RENGLÓN:	Hasta 1 (un) envase
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS:	Hasta 5 (cinco) por receta
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS:	Hasta 1 (uno) por receta

LÍMITES DE TAMAÑOS

HASTA 1 (UNO) DEL PRIMER TAMAÑO POR RENGLÓN
HASTA 1 (UNO) DE TAMAÑO SIGUIENTE AL MENOR POR RECETA
HASTA 1 (UNO) DE TAMAÑO GRANDE POR RECETA

OTRAS ESPECIFICACIONES

Cuando el Médico:		Deberá Entregarse:
No indica Contenido	—————▶	El de Menor Contenido
Equivoca Cantidad o Contenido	—————▶	El tamaño inmediato inferior

PSICOFARMACOS / PSICOTROPICOS

El profesional debe confeccionar además un segundo recetario de acuerdo a las normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia.

PLAN MATERNO INFANTIL

100% de descuento para la madre desde el diagnóstico positivo de embarazo y hasta 30 días posteriores al parto y para el recién nacido hasta el año de vida, exclusivamente para los productos incluidos en el vademécum.

ANTICONCEPTIVOS

100% de descuento para los anticonceptivos que figuran en el vademécum exclusivamente para mujeres de entre 11 y 51 años. Fuera de este rango etáreo los anticonceptivos no poseen descuento.

MEDICAMENTOS FALTANTES

Si por cualquier motivo en la farmacia falta el o los productos recetados, la farmacia debe anular el renglon de el producto no entregado,

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- ▶ Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 - De acuerdo al orden de prescripción.
 - Incluyendo el código de barras.
 - Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido que dificultan la lectura del código de barras).
- ▶ Número de orden de la receta.
- ▶ Fecha de Venta.
- ▶ Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos), las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario.
- ▶ Sello y firma de la farmacia.
- ▶ Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
- ▶ Consignar los importes: Total, A CARGO de O.S.P.F., A CARGO Afiliado.
- ▶ Adjuntar copia del ticket oficial o factura , legible cumpliendo con las Normas Legales vigentes, adherido de la parte superior, al dorso de la receta, con goma de pegar.

EXCLUSIONES

Solamente tendrán cobertura los productos que figuran en el vademécum.

AUTORIZACIONES ESPECIALES**PARA PRODUCTOS NO INCLUIDOS EN EL VDM**

En los casos de medicamentos prescritos que si requieren previa autorización, el Socio deberá gestionar la misma a través de algunas de las vías de comunicación existentes para tal fin. Como respuesta a la solicitud de autorización de parte del Socio, la Obra Social emitirá un FORMULARIO de AUTORIZACION, el cual constituye un elemento esencial para la dispensa de los productos autorizados, presentación de la facturación y reconocimiento para su pago.

Es indispensable, que este se envíe adjunto al recetario original, al momento de su presentación y el mismo se encuentre completo con todos los datos solicitados en dicho documento. Este formulario cuenta con un N° de Expediente único e irrepetible, el cual se constituye en elemento de control de la auditoría. En dicho formulario se indicará el descuento a cargo de la O.S. para cada producto.

REQUISITOS GENERALES PARA LA PRESENTACION

VALIDACION ON LINE: Obligatoria

Para realizar la presentación de la respectiva facturación se exigirá como requisito indispensable:

- ▶ Carátulas de presentación distinguiendo si las recetas pertenecen a OSPF ú OSPF Convenio Colectivo
 - ▶ Una carátula de presentación que incluya las recetas atendidas de los planes AMBULATORIO, CRONICOS, ANTICONCEPCION y AUTORIZADOS
 - ▶ Una segunda carátula que incluya las recetas del Plan PMI
 - ▶ Una carátula General que incluya los totales de las carátulas anteriores

Es decir, como máximo, la presentación podrá contener las siguientes carátulas:

- 1 - **OSPF AMBULATORIO - CRONICOS - ANTICONCEPCION - AUTORIZADOS**
- 2 - **OSPF PMI**
- 3 - **GENERAL OSPF** (Conteniendo la sumatoria de los puntos 1 y 2)
- 4 - **OSPF CONV. COLECTIVO AMBULATORIO - CRONICOS - ANTICONCEPCION - AUTORIZADOS**
- 5 - **OSPF CONV. COLECTIVO PMI**
- 6 - **GENERAL OSPF CONV. COLECTIVO** (Conteniendo la sumatoria de los puntos 4 y 5)

Dividir las carátulas en lotes de 100 recetas.

Estas carátulas son las que emite el validador on line al momento de efectuar el cierre correspondiente.

- ▶ Detalle de presentación: En cada carátula (1 - 2 - 4 - 5) se deberá adjuntar también un listado con el detalle de cada receta, con su correspondiente número de validación. Este detalle también lo emite el validador.

La O.S. se reserva el derecho de devolver toda documentación que no cumpla con los requisitos de presentación indicados.

MODELOS DE RECETARIOS

O.S.P.F.
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA

Recetario
1700381

Apellido y Nombre del Beneficiario: _____ CUIL: _____ Diagnóstico: _____

Fecha de Emisión	Número de Documento	Plan	Sexo	Edad	Fecha de dispensación
21/08/20	_____	GENERAL	F	30	_____

Rotulo	Cant. de unidades en Litros	Cant. de unidades en Numeros	Precio Unitario	TOTAL	DTO. %	MONTO PAGO O.S.P.F.	IMPORTE A CARGO DEL BENEFICIARIO
Rp.			\$	\$		\$	\$

Total Receta: \$ _____ **A Cargo del Beneficiario:** \$ _____

A Cargo de la Obra Social: \$ _____

FECHA DE PRESCRIPCIÓN, FIRMA, SELLO CNRO. MATRICULA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL

CERTIFICO LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AFILIADO

DOMICILIO: _____ TELEFONO: _____

NORMAS DE PRESCRIPCIÓN Y FACTURACIÓN

- La presente receta tendrá una validez de 7 días a partir de la fecha de prescripción médica.

- Importante: este Recetario vence el 20/10/20

Delegación:
33 - SALTA

 O.S.P.F. <small>OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA</small>		Recetario 1700379			
APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO: _____ CUIL: _____		DIAGNÓSTICO: _____			
Fecha de Emisión: 21/08/20	Número de Documento: _____	Plan: GENERAL	Sexo: M	Edad: 54	Fecha de dispensación: _____
Rp. <small>Conf. de unidades en Letras</small>		<small>Conf. de unidades en Números</small>		Precio Unitario: \$ _____	TOTAL: \$ _____
Rp. <small>Conf. de unidades en Letras</small>		<small>Conf. de unidades en Números</small>		Precio Unitario: \$ _____	TOTAL: \$ _____
Total Receta: \$ _____				A Cargo del Beneficiario: _____	
A Cargo de la Obra Social: \$ _____					
FECHA DE PRESCRIPCIÓN, FIRMA, SELLO CNRO. MATRÍCULA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL					
CERTIFICO LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS					
FIRMA FARMACÉUTICO, SELLO FARMACIA		ROTULO 1		ROTULO 2	
ROTULO 4		ROTULO 5		ROTULO 6	
DOMICILIO: _____ TELEFONO: _____					
NORMAS DE PRESCRIPCIÓN Y FACTURACIÓN					
- La presente receta tendrá una validez de 7 días a partir de la fecha de prescripción médica.					
- Importante: este Recetario vence e20/10/20					
				Delegación 33 -SALTA	

MODELOS DE CREDENCIALES

 Obra Social del Personal de Farmacia		RNOS 107404
CUIL: _____		
APELLIDO: _____		
NOMBRE: _____		
TIPO DOC: _____		
FECHA DE EMISION: 12/09/2019		Roque F. Garzon PRESIDENTE OSFP
SERVICIO DOMESTICO		
Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago		

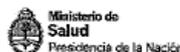
 Obra Social del Personal de Farmacia		RNOS 107404
CUIL: _____		
APELLIDO: _____		
NOMBRE: _____		
TIPO DOC: _____		
FECHA DE EMISION: 12/09/2019		Roque F. Garzon PRESIDENTE OSFP
JUBILADO		
Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago		

 Obra Social del Personal de Farmacia		RNOS 107404
CUIL: _____		
APELLIDO: _____		
NOMBRE: _____		
TIPO DOC: _____		
FECHA DE EMISION: 12/09/2019		Roque F. Garzon PRESIDENTE OSFP
Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago		

 Obra Social del Personal de Farmacia		RNOS 107404
CUIL: _____		
APELLIDO: _____		
NOMBRE: _____		
TIPO DOC: _____		
FECHA DE EMISION: 12/09/2019		Roque F. Garzon PRESIDENTE OSFP
Regimen Monotributo		
Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago		

EMERGENCIAS
0800 3336 3733

En caso de pérdida o extravío deberá comunicarse a la O.S.P.F al teléfono 0800-333-9820
 Esta tarjeta es de uso exclusivo del Beneficiario y como, tal intransferible.



0800-222-72583 | www.sssalud.gob.ar

www.ospf.org.ar email: sistemas@ospf.org.ar

MODELO FORMULARIO DE AUTORIZACION



Centro Operativo: SANTA CRUZ

Página: 1 / 1

Tipo de Trámite: MEDICAMENTO	Trámite Nro.: 1201488	ORIGINAL
Prioridad: TRÁMITE NORMAL	Fecha: 07/08/18	

DATOS DEL BENEFICIARIO			
Nombre y Apellido: ██████████	Nro. Beneficiario: 20187851069-00		
Documento: DN ██████████	Edad: 48	Localidad: RIO GALLEGOS	
Plan: GENERAL	Fecha Inicio Plan:	Fecha Fin Plan:	

DATOS DEL SOLICITANTE	 9006227500600000182490000000120148837
Nombre y Apellido :	
Domicilio:	
Localidad:	

Medicamento	Código	Cantidad	Porcentaje
GLIMEPIRIDE 4MG X 30		1	

TRÁMITE AUTORIZADO

Trámite: AUTORIZADO Fecha de Autorización: 07/08/18 <VALIDEZ 30 días>

Observaciones:	AUTORIZADO A REALIZAR EN PRESTADOR DE OSPF
----------------	---

Ad referéndum de Auditoría Médica Central. Esta autorización debe adjuntarse a la facturación, junto con una copia de los informes o historia clínica. Validez de la Autorización: 30 días

Autorizado por Plataforma Tecnológica de OSPF Firma y sello del Medico Auditor	Firma del Beneficiario	Fecha de atención:/...../..... Diagnóstico: Firma, sello y matricula de Efector
---	------------------------	--