

MANUAL VALIDACION OSPICAL

WEB:

Link: <https://ospicalweb.ddaval.com.ar/>

Usuario de la Farmacia, el mismo que para el resto de nuestro convenios

Para los Facturadores:

URL SOAP: <http://ospicalsoap.ddaval.com.ar/index.php>

Homologación: <https://servicios.audibaires.com.ar/solgen.php>

1 - PLAN AMBULATORIO 40% (Medicación Incluida en Vademécum SIN AUTORIZACION)

- **Receta N°:** Numérico Campo **NO** Obligatorio
- **Fecha Receta:** ddmmaa
- **DNI:** Numérico Campo Obligatorio - Busca en Padrón
- **Apellido y Nombre:** Trae dato del Padrón
- **Medico Matricula:** Numérico - Según Receta
- **Tipo de Matricula:** Provincial/Nacional - Según Receta
- **Apellido y Nombre del Medico:** Texto - Según Receta
- **Tipo de Tratamiento:** Cuando corresponda "Con Tratamiento Prolongado" para más de una unidad, hasta dos en caso de necesidad para completar el tratamiento mensual
- **Diagnóstico:** Texto - Según Receta
- **Medicamentos:** Hasta Dos líneas por receta - Una Unidad por línea (salvo que se indique Tratamiento Prolongado, hasta **Dos** unidades por línea)
El Sistema controla inclusiones del vademécum

The screenshot shows the 'OSPICAL' web interface with the 'Datos de la Receta' form. The form includes fields for Plan (AMBULATORIO), N° Receta, Fecha Receta (ddmmaa), DNI (99999999), Medico (matricula), Tipo (Matricula), Apellido y Nombre (apellido y nombre), and Diagnostico (diagnostico). Below these fields is a table for medications with columns for #, Troquel/Barra, Presentación, Precio Unit, Cant, Monto, Porcentaje (% Cob), and Cargos al... (Afiado, OS). At the bottom are 'Validar' and 'Cancelar' buttons.

Campo No Obligatorio

Receta de Institución y/o Particular confeccionada según Normas Operativas

MANUAL VALIDACION OSPICAL

2 - PLAN PMI 100% - SIN AUTORIZACION

- **Receta N°:** Numérico Campo **NO** Obligatorio
- **Fecha Receta:** ddmmaa
- **DNI:** Numérico Campo Obligatorio - Busca en Padrón
- **Apellido y Nombre:** Trae dato del Padrón
- **Medico Matricula:** Numérico - Según Receta
- **Tipo de Matricula:** Provincial/Nacional - Según Receta
- **Apellido y Nombre del Medico:** Texto - Según Receta
- **Tipo de Tratamiento:** Cuando corresponda "Con Tratamiento Prolongado" para más de una unidad, hasta dos, en caso de necesidad para completar el tratamiento mensual
- **Diagnóstico:** Texto - Según Receta
- **Medicamentos:** Hasta Dos líneas por receta - Una Unidad por línea (salvo que se indique Tratamiento Prolongado Hasta **Dos** unidades por línea)
El Sistema controla las inclusiones del vademécum

Datos de la Receta

Plan PMI

N° Receta n° receta

Fecha Receta ddmmaa DNI 99999999 Sin tratamiento prc

Medico matricula Tipo Matricula Apellido y Nombre apellido y nombre

Diagnostico diagnostico

#	Troquel/Barra	Presentación	Precio Unit	Cant	Monto	Porcentaje	Cargos al...	
						% Cob	Afiliado	OS
1								
2								

Validar Cancelar

Campo No Obligatorio

Receta de Institución y/o Particular confeccionada según Normas Operativas

Deberá tener la Leyenda indicada por el Médico:

"PLAN MATERNO INFANTIL"

MANUAL VALIDACION OSPICAL

3 - PLAN CRONICO 70% (Incluye DBT II) - CON RECETARIO ESPECIAL

- **Numero de Receta:** Numérico Campo **NO** Obligatorio (**Próximamente serán numerados**)
- **Fecha Receta:** ddmmaa
- **DNI:** Numérico Campo Obligatorio - Busca en Padrón
- **Apellido y Nombre:** Trae dato del Padrón
- **Medico Matricula:** Numérico - Según Receta
- **Tipo de Matricula:** Provincial/Nacional - Según Receta
- **Apellido y Nombre del Medico:** Texto - Según Receta
- **Tipo de Tratamiento:** Cuando corresponda "Con Tratamiento Prolongado" para más de una unidad, hasta dos en caso de necesidad para completar el tratamiento mensual.
- **Diagnóstico:** Texto - Según Receta
- **Medicamentos:** Hasta Tres líneas por receta - Una Unidad por línea (Salvo que se indique Tratamiento Prolongado Hasta **Dos** unidades por línea)
El Sistema controla inclusiones del vademécum

Campo No Obligatorio
(Próximamente serán numerados)

Recetario Crónicos Tratamiento Trimestral con entrega Mensual

IMPORTANTE:

En caso de no poseer Recetario Crónicos se pasa por PLAN AMBULATORIO al 40%

MANUAL VALIDACION OSPICAL

4 - PLAN ANTICONCEPTIVO 100% - CON RECETARIO ESPECIAL

- **Numero de Receta:** Numérico Campo **NO** Obligatorio
- **Fecha Receta:** ddmmaa
- **DNI:** Numérico Campo Obligatorio - Busca en Padrón
- **Apellido y Nombre:** Trae dato del Padrón
- **Medico Matricula:** Numérico - Según Receta
- **Tipo de Matricula:** Provincial/Nacional - Según Receta
- **Apellido y Nombre del Medico:** Texto - Según Receta
- **Tipo de Tratamiento:** "Sin Tratamiento Prolongado"
- **Diagnóstico:** Texto - Según Receta
- **Medicamentos:** Una línea por receta - Una Unidad por línea.
El Sistema controla inclusiones del vademécum

Campo No Obligatorio
(Próximamente serán numerados)

Recetario Crónicos Tratamiento Trimestral con entrega Mensual

IMPORTANTE:

En caso de no poseer Recetario Crónicos se pasa por PLAN AMBULATORIO al 40%

MANUAL VALIDACION OSPICAL

5 - PLAN DISCAPACIDAD - Con Autorización

Este Plan está destinado para todos los medicamentos indicados como PLAN DISCAPACIDAD con Autorización de OSPICAL y/o ENSALUD

- **Autorización:** Campo Numérico **Obligatorio**
- **Numero de Receta:** Campo Numérico NO Obligatorio (en caso de tener dejar campo vacío)
- **Fecha Receta:** ddmmaa
- **DNI:** Numérico Campo Obligatorio - Busca en Padrón
- **Apellido y Nombre:** Trae dato del Padrón de
- **Medico Matricula:** Numérico - Según Receta
- **Tipo de Matricula:** Provincial/Nacional - Según Receta
- **Apellido y Nombre del Medico:** Texto - Según Receta
- **Tipo de Tratamiento:** Cuando corresponda "Con Tratamiento Prolongado" para más de una unidad
- **Diagnóstico:** Texto - Según Receta
- **Medicamentos:** Hasta Cinco líneas por receta - Unidades según Autorización.

El Sistema trabaja sobre la totalidad de la base Alfa Beta

El descuento se cargara según indica la autorización

#	Troquel/Barra	Presentación	Precio Unit	Cant	Monto	% Cob	Afiliado	OS
1								
2								
3								
4								
5								

Campo No Obligatorio
Receta de Institución y/o Particular confeccionada según Normas Operativas

Solicitud de Medicación

N° de Pedido: 55761 Fecha: 30/09/2020
Nombre: ORRANO SANTIAGO MIGUEL Fecha Nacim: 15/02/2005
Dpto. Afiliado: R1157 03 D.L.E.: 46-429.731 C.U.I.L.L. 20-464297317
Ded. Afiliado: REMEDIOS DE ESCALADA 1027 Telefono: 42365718
C.P.: 1049 Localidad: CLAYPOLE
Presentador: SUJARRA Usua. Alta CRI
Patología: DISCAPACIDAD
Druga: CARBAMAZEPINA Cantidad: 1 Cobertura: 100 %
Presentación: 200mg Comp. x10 Cantidad: 1 Cobertura: 100 %
Observación: COBERTURA SEPTIEMBRE OCTUBRE 2020
Entregar en: DEL PUERTO Autorizado

MANUAL VALIDACION OSPICAL

6 - PLAN AUTORIZADO - Con Autorización

Este Plan está destinado para todos los medicamentos Fuera del Vademécum y/o Descuentos Superadores previa Autorización de OSPICAL ó ENSALUD

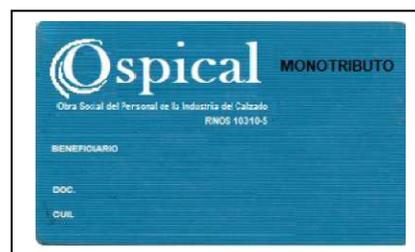
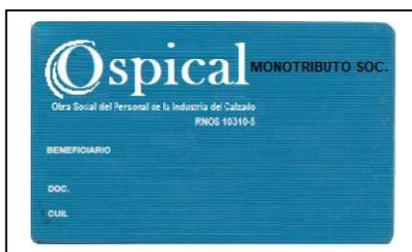
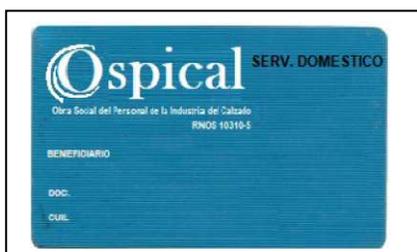
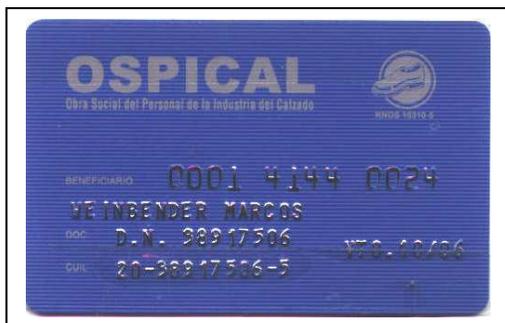
- **Autorización:** La receta debe venir con Autorización Numerada, este número otorgado por OSPICAL ó ENSALUD es irrepitible y el sistema controla que solo se utilice **UNA** vez
- **Numero de Receta:** Campo Numérico NO Obligatorio (en caso de tener dejar campo vacío)
- **Fecha Receta:** ddmmaa
- **DNI:** Numérico Campo Obligatorio - Busca en Padrón
- **Apellido y Nombre:** Trae dato del Padrón
- **Medico Matricula:** Numérico - Según Receta
- **Tipo de Matricula:** Provincial/Nacional - Según Receta
- **Apellido y Nombre del Medico:** Texto - Según Receta
- **Tipo de Tratamiento:** Cuando corresponda "Con Tratamiento Prolongado" para más de una unidad
- **Diagnóstico:** Texto - Según Receta
- **Medicamentos:** Hasta **Cinco** líneas por receta - Unidades según Autorización.

El Sistema trabaja sobre la totalidad de la base Alfa Beta
El descuento se cargara según indica la autorización

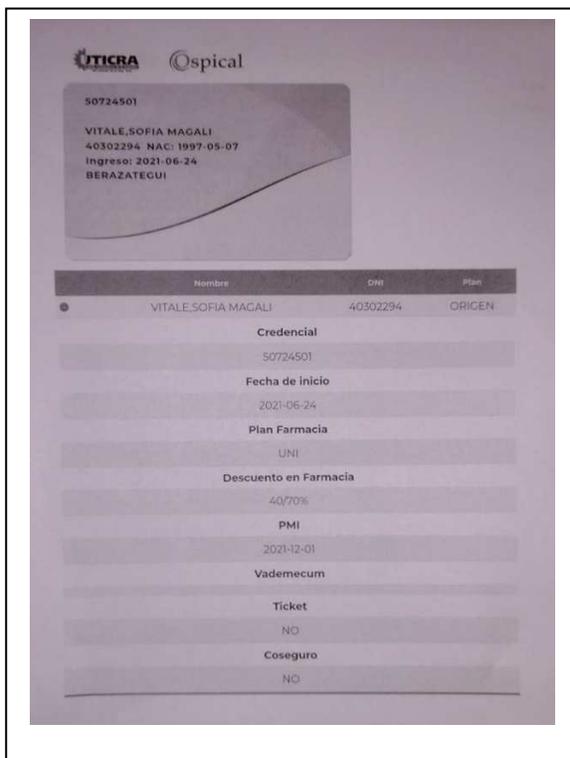
Campo No Obligatorio
Receta de Institución y/o Particular confeccionada según Normas Operativas

MANUAL VALIDACION OSPICAL

7 - CREDENCIALES



Credencial Digital



8 - RECETARIOS OFICIALES

RECETA TRATAMIENTOS CRONICOS - RTC
Programa Enfermedades Crónicas Prevalentes
P.M.O. Res. 310/04 M.S.
Tratamiento Trimestral – Entrega Mensual


Ospical
 Obra Social del Personal de la
 Industria del Calzado de la R. A.

DATOS DEL PACIENTE:
 Apellido y Nombre: _____ Fecha: ____/____/____
 Atilado Nº: _____ D.N.I. Nº: _____ CUIL: _____
 Titular Familiar Fecha Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F

Domicilio: _____ Localidad: _____ Tel: _____
 Diagnósticos (Códigos según Res. 831/04) marcar lo que corresponda

MARCAR	DESCRIPCIÓN	COD	ID	MARCAR	DESCRIPCIÓN	COD	ID
<input type="checkbox"/>	ARRITMIAS	9	1	<input type="checkbox"/>	INFERTROSOZIMO	19	4
<input type="checkbox"/>	ARTROSIS REUMATOIDE JUVENIL	21	5	<input type="checkbox"/>	INFERTROSOZIMO	19	4
<input type="checkbox"/>	ARTROSIS REUMATOIDEA	17	6	<input type="checkbox"/>	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	7	1
<input type="checkbox"/>	ASMA BRONQUIAL	32	8	<input type="checkbox"/>	INSUFICIENCIA CARDIACA	8	1
<input type="checkbox"/>	CARDIOPATIA ISQUEMICA	4	1	<input type="checkbox"/>	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	5	1
<input type="checkbox"/>	COLITE SANGRINosa	26	14	<input type="checkbox"/>	INSUFICIENCIA CORDONADA	9	1
<input type="checkbox"/>	DERMATOMIOSITIS	23	9	<input type="checkbox"/>	LEPRA	6	8
<input type="checkbox"/>	DIABETES MELLITUS	13	2	<input type="checkbox"/>	LUPUS ERYTEMATOSO SISTEMICO	18	5
<input type="checkbox"/>	DIABETES LABIL	13	13	<input type="checkbox"/>	METEMPERIA GRAVIS	10	10
<input type="checkbox"/>	DILFEMIAS	14	13	<input type="checkbox"/>	PAROSISMO	28	6
<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DE CROHN	27	9	<input type="checkbox"/>	POLMIALGIA REUMATICA	25	5
<input type="checkbox"/>	EPILEPSIA	29	8	<input type="checkbox"/>	POLMIOSITIS	22	5
<input type="checkbox"/>	EPOC	26	6	<input type="checkbox"/>	PREV. 1º DE CARDIOPATIA ISQUEMICA	11	1
<input type="checkbox"/>	ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA	16	9	<input type="checkbox"/>	PREV. 2º DE CARDIOPATIA ISQUEMICA	12	1
<input type="checkbox"/>	ESQUAZOFRENIA	30	7	<input type="checkbox"/>	PROCESOS ORGANICOS	21	7
<input type="checkbox"/>	FIBROSIS PULMONAR	33	8	<input type="checkbox"/>	SINDROME DE SJOGRON	34	8
<input type="checkbox"/>	GLAUCOMA (HIPERTENSION OCULAR)	34	8	<input type="checkbox"/>	TERAPEUTICA ANTIGRANDEANTE	10	1
<input type="checkbox"/>	GRAFIA CRONICA	20	5	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE	9	1
<input type="checkbox"/>	HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDARIA	7	1	<input type="checkbox"/>	TUBERCULOSIS	6	5
<input type="checkbox"/>	HIPERTENSION ARTERIAL ESSENCIAL	1	1				

OTROS DIAGNÓSTICOS:

COMPLETAR AL REVERSO DE ESTA FICHA EL RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

TRATAMIENTO: Indicar la prescripción por Principio Activo (ver reverso), concentración, forma y unidades según dosis mensual.

Principio Activo y Concentración	Forma	Número	LIQUIDACION DE LA FARMACIA		
			Letras	Cant. Entregada	Precio Unitario

Sr. Profesional: Indique Períodos de Tratamiento: Mes y Año
 1º Período de Tratamiento: _____
 2º Período de Tratamiento: _____
 3º Período de Tratamiento: _____

Dispensa y Liquidación de Farmacia:
 1º Entrega (con copia de la receta): Fecha: ____/____/____
 2º Entrega (con copia de la receta): Fecha: ____/____/____
 3º Tercera (con original de la receta): Fecha: ____/____/____

Beneficiario: Beneficiario Tercero Intervenido

Firma conforme: _____
 Aclaración: _____
 Tipo y Nº de Doc.: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____

ANTICONCEPCION - Cobertura 100%
RTCA - P.M.O. Res. 310/04 M.S.
- Tratamiento Trimestral
- Entrega Mensual


Ospical
 Obra Social del Personal de la
 Industria del Calzado de la R. A.

DATOS DEL PACIENTE:
 Apellido y Nombre: _____ Fecha: ____/____/____
 Atilado Nº: _____
 Titular Familiar Fecha Nacimiento: ____/____/____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____ C.P.: _____ Tel: _____
 PRINCIPIOS ACTIVOS INCLUIDOS CORRESPONDIENTES A DIAGNOSTICO 08 GRUPO 4 (Códigos según Res. 831/04)

PRINCIPIOS ACTIVOS	DISPOSICIONES
ETINILESTRADIOL entre 0,015 y 0,035 mgr. + ACETATO DE CIPROTTERONA 1 mgr.	
ETINILESTRADIOL entre 0,015 y 0,035 mgr. + DESODIODROTEL 0,12 mgr.	
ETINILESTRADIOL entre 0,015 y 0,035 mgr. + GESTODENO 0,050/75 mgr.	
ETINILESTRADIOL entre 0,015 y 0,035 mgr. + LEVONORGETREL entre 0,10 y 0,30 mgr.	
ETINILESTRADIOL entre 0,015 y 0,035 mgr. + NORGESTIMATO 0,250/1 mgr.	
ETINILESTRADIOL entre 0,03 y 0,04 mgr. + GESTODENO 0,050/1 mgr.	
ETINILESTRADIOL entre 0,03 y 0,04 mgr. + LEVONORGETREL entre 0,05 y 0,125 mgr.	
LEVONORGETREL 0,035 mgr.	
LINESTRENOL 0,5 mgr.	

Resumen de H.C.: _____
DATOS DEL MEDICO TRATANTE:
 APELLIDO Y NOMBRE: _____
 MATRICULA M.P.: _____ M.N.: _____ CODIGO DE PRESTADOR DE LA O.S.: _____
 INSTITUCION DONDE ASISTIO AL PACIENTE: _____
 TELEFONOS DEL PROFESIONAL: _____

TRATAMIENTO: Indicar la prescripción por principio activo, concentración, forma y unidades según dosis mensual.

Principio Activo y Concentración	Forma	Número	Letras	LIQUIDACION DE LA FARMACIA	
				Cant. Entregada	Precio Unitario

Sr. Profesional: Indique Períodos de Tratamiento: Mes y Año
 1º Período de Tratamiento: _____
 2º Período de Tratamiento: _____
 3º Período de Tratamiento: _____

Dispensa y Liquidación de Farmacia:
 1º Entrega (con copia de la ficha): Fecha: ____/____/____
 2º Entrega (con copia de la ficha): Fecha: ____/____/____
 3º Tercera (con original de la ficha): Fecha: ____/____/____

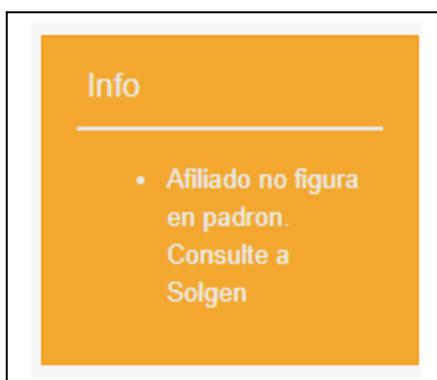
DATOS A COMPLETAR
 Beneficiario Tercero Intervenido
 Firma conforme: _____
 Aclaración: _____
 Tipo y Nº de Doc.: _____
 Teléfono: _____

Troquel

Normativa para la Dispensa:
 • La Receta Tratamiento Crónico Anticonceptivos "RTCA", tendrá una validez para tres entregas mensuales.
 • El beneficiario deberá acercarse a la delegación de la Obra Social más próxima a su domicilio a fin de solicitar la RTCA en la cual el médico tratante consignará todos los datos solicitados en la misma.
 • La prescripción de medicación según las pautas médicas deberá incluir la dosis mensual según sea el tratamiento de tres meses.
 • El beneficiario concurrirá a la Farmacia de su red habilitada para tal efecto con la RTCA, Documento de Identidad y Cédula.
 • La Farmacia deberá dispensar por períodos trimestrales el tratamiento según el siguiente esquema:
 1º Período: se realizará la entrega de la RTCA y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.
 2º Período: se realizará la entrega y entrega de RTCA original.
 3º Período: se realizará la entrega de la RTCA y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.
 • A partir del tercer período, el beneficiario deberá concurrir nuevamente al médico tratante para gestionar una nueva RTCA trimestral y así sucesivamente.
 • En caso de cambio de residencia durante el trimestre, el beneficiario deberá concurrir nuevamente a la delegación más próxima a su domicilio a fin de confeccionar una nueva RTCA.
 • Si durante el trimestre los medicamentos incluidos en el Vademecum de la Obra Social

09- MENSAJES DE ERROR EN EL VALIDADOR

- El Cuadro Naranja "Info" muestra ayudas y/o mensajes de error al momento de cargar los campos, ejemplo:



En estos casos el Beneficiario deberá dirigirse a OSPICAL para regularizar su situación.

No se debe dispensar