

# TRABAJADORES JUBILADOS DE LAS TELECOMUNICACIONES SISTEMA SOLIDARIO DE SALUD



CÓDIGO DE ENTIDAD: 469 – CÓDIGO INTEGRADOR: jubitel

ANEXO I – CIRCULAR 860/19 B

Vigente a partir del 30 de Diciembre de 2019.

## ATENCIÓN:

Las marcas “@” identifican los puntos que **deben procesarse OBLIGATORIAMENTE** en el momento de la venta a través del sistema de validación ingresando en [www.plataformacsf.com](http://www.plataformacsf.com) o bien mediante los sistemas de facturación integrados.

En todas las **recetas procesadas electrónicamente**, la Liquidación de Recetas y **CIERRE DE LOTES** debe efectuarse **obligatoriamente** utilizando la herramienta que brinda dicho sistema para tal fin.

## Aclaración:

El **CIERRE DE LOTES** electrónico es **OBLIGATORIO**. SIEMPRE debe figurar en el **RESUMEN DE FACTURACIÓN** general (planilla provista por COMPANÍA), que presenta su Farmacia (ver punto 16).

Por lo tanto, **en un mismo Resumen de Facturación debe figurar INDISPENSABLEMENTE:**

- presentación **ELECTRÓNICA** de JUBILADOS TELEFÓNICOS-OSTEL (“Plan MIXTO VALIDACIÓN”)
- presentación **MANUAL** de JUBILADOS TELEFÓNICOS-OSTEL (“Plan MIXTO MANUAL”)

## 1.Descuentos: Válidos sólo para pacientes ambulatorios - Sólo productos incluidos en vademécum

1.1. General:	<b>50%</b>	@
1.2. Descuento Adicional FONDO COMPENSADOR TELEFÓNICO:	<b>20%</b> Se aplica en forma <b>adicional al descuento general</b> (50%) de los afiliados <b>identificados con la sigla “FC” en el Padrón de Habilitados</b> . <b>NO es válido para</b> la cobertura de Pacientes con Patologías Crónicas, Plan Materno Infantil, ni <b>ninguna otra cobertura distinta a la general</b> (ver punto 10).	@
1.3. Patologías Crónicas:	<b>70%</b> <b>Exclusivamente Listado Especial de Farmacias e Interior del país</b> (Ver punto 7)	
1.4. Hipoglucemiantes Orales:	<b>70% ó 100%</b> <b>Exclusivamente Listado Especial de Farmacias e Interior del país</b> (Ver punto 7)	
1.5. Insulinas, Glucagón, Tiras reactivas, Agujas y Lancetas:	<b>100%</b> (Exclusivamente con previa autorización – Ver punto 9)	@
	<b>El sistema de validación indicará que requiere previa autorización para su expendio.</b>	
1.6. Autorizaciones Especiales:	<b>Lo que indique la autorización</b> (Ver punto 9)	
1.7. Plan Materno Infantil:	<b>100%</b> (No requiere previa autorización – Ver punto 6)	
1.8. Discapacidad:	<b>100% Requiere previa autorización</b> (Ver punto 9)	

## ATENCIÓN:

**Los descuentos y productos que corresponden a cada cobertura figuran identificados en las distintas columnas del Vademécum.**

@

## 2.Habilitación del beneficiario:

2.1. Credencial oficial (según muestra).

2.2. Habilitación del Beneficiario según validación on-line.

Aclaración:

- **Fondo Compensador Telefónico:** el sistema de validación calcula automáticamente el descuento adicional. Por lo tanto, no debe efectuar ningún cálculo adicional para su cobro.

2.3. Documento de Identidad (DNI, LC, LE)

2.4. No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada.

## 3.Recetario:

3.1. Tipo de recetario:

- De **Todo Tipo** (particular o de instituciones).  
**NO se aceptan recetarios sin membrete** (por ejemplo: recetarios en blanco, de publicidad de medicamentos, etc.).

Cabe aclarar que en el caso de prescripciones odontológicas rige el mismo criterio.

Son válidos los recetarios con **prescripción preimpresa** (ver punto 3.2).

Son válidas las recetas para pacientes con internación domiciliaria, destacando que el resto de las normas (descuento, validez de la receta, topes de cobertura, etc.) son las mismas que para el resto de los pacientes ambulatorios.

3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:

- Denominación de la entidad (en caso de que el recetario no sea el oficial de la entidad) (\*\*);
- Nombre y apellido del paciente; (\*\*)
- Número de beneficiario (\*) (\*\*)
- **DIAGNÓSTICO** o codificación OMS (opcional) (\*\*);
- **Medicamentos recetados por nombre genérico.** Podrá indicar una marca sugerida, y el profesional farmacéutico sustituirla por una especialidad medicinal que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades incluida en el Vademécum. **Se rechazarán recetas que no presenten Nombre Genérico.** (\*\*) (\*\*\*)
- Cantidad de cada medicamento (**cuando se prescriba más de una cantidad debe estar escrita en números y letras**); (\*\*)
- Firma y sello con número de matrícula y aclaración;
- Fecha de prescripción; (\*\*)

Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción debe estar salvadas por el profesional con su firma y sello. Se rechazarán recetas que no estén debidamente salvadas.

(\*) Cuando en una receta el número de beneficiario 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". El beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad.

(\*\*) Datos que pueden figurar preimpresos. En dichos casos el profesional debe indicar su firma, aclaración y número de matrícula (estos dos últimos en sello o manuscrito). También son válidos los stickers, emitidos por la Institución prestadora y adherido a la receta, que incluyan el nombre y apellido del paciente y/o número de beneficiario en forma preimpresa.

(\*\*\*) Las prescripciones que carezcan de la potencia correspondiente se consideran incompletas, y por lo tanto, inválidas para la dispensa.

## 4.Validez de la receta:

El día de la prescripción y los **30 días** siguientes, **aún cuando se encuentre autorizada por la Garantía Médica.**

Es decir que **JUBILADOS TELEFÓNICOS no considera la fecha de autorización para la validez de la receta.** Sólo la fecha de prescripción.

# TRABAJADORES JUBILADOS DE LAS TELECOMUNICACIONES SISTEMA SOLIDARIO DE SALUD



CÓDIGO DE ENTIDAD: 469 – CÓDIGO INTEGRADOR: jubitel

ANEXO I – CIRCULAR 860/19 B

## 5. Topes de cobertura:

5.1. Renglones por receta:	Hasta 3 (tres)		
5.2. Envases por renglón:		CANTIDADES POR RENGLON	
	TAMAÑO	Sin TP	Con TP
	Regla general:	1	2
	Envase Hospitalario	0	0
	• Excepciones	CANTIDADES POR RENGLON	
	TAMAÑO	Sin TP	Con TP
	Antib. Iny. 1 Ampolla	5	5
	Antib. Iny. 2 Ampollas	3	3
	Antib. Iny. 3 Ampollas	2	2
	Antib. Iny. 4 Ampollas o más	1	1
	5.3. Tratamiento Prolongado:	<p>Cuando el médico coloca de su puño y letra la frase "Tratamiento prolongado", su equivalente o abreviaturas, pueden expendirse las cantidades que se indican en la columna "con T.P.". Debe indicarse además el tamaño y/o contenido de cada uno, por lo que, de omitirse este requisito sólo, se entregará un envase del menor tamaño y/o contenido existente.</p> <p><b>En estos casos debe indicarse en el sistema de Validación On Line que la receta corresponde a Tratamiento Prolongado.</b></p>	
5.4. Psicofármacos:	<ul style="list-style-type: none"><li>El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia.</li></ul>		
5.5. Otras especificaciones:	<u><b>Cuando el médico:</b></u>	<u><b>Debe entregarse:</b></u>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>No especifica cantidades</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>El envase de menor contenido.</li></ul>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>Sólo indica la palabra "grande"</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>La presentación siguiente a la menor.</li></ul>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>Equivoca la cantidad y/o contenido</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>El tamaño inmediato inferior al indicado.</li></ul>	

## 6. Plan Materno Infantil:

Estas recetas **NO SE PROCESAN electrónicamente**

6.1. Habilitación del beneficiario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leyenda Plan Materno Infantil, PMI o similar, y el tiempo gestacional o meses de vida del niño, indicados por el profesional de puño y letra.</li> </ul>
6.2. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos: Identificados en el Vademécum con la leyenda "100% PMI sin autorización".</li> <li>Leches de todo tipo: Excluidas de la cobertura.</li> </ul>
6.3. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Igual al resto de los planes. <u>NO requiere autorización previa.</u></li> </ul>
6.4. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Igual al resto de los planes.</li> </ul>

## 7. Patologías Crónicas e Hipoglucemiantes Orales:

En caso de que un afiliado requiera la cobertura para Patologías Crónicas e Hipoglucemiantes al 70% ó 100% su farmacia debe derivarlo a la Entidad debido a que existe un circuito especial para canalizar dichos casos.

## 8. Vademécum:

Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM vigente, cuyos productos deben validarse electrónicamente.

**ATENCIÓN – Descuento FONDO COMPENSADOR TELEFÓNICO:** No se cubren los medicamentos identificados con cobertura para Plan Materno Infantil ni ninguna otra cobertura distinta a la general (50%).

## 9. Autorizaciones Especiales:

Estas recetas **NO SE PROCESAN electrónicamente**

Las autorizaciones para JUBILADOS TELEFÓNICOS de OSTEL para recetas que NO cumplan con todos los requisitos (por ejemplo, beneficiarios fuera de padrón, productos no cubiertos, etc.), Insulinas, Glucagón, Tiras reactivas, Aguja y Lancetas serán efectuadas **a través de GARANTÍA MÉDICA**, quien se contactará con su farmacia a fin de hacerle llegar el **Formulario de Autorización** (según muestra) vía fax o e-mail o bien mediante **Comprobante de Autorizaciones Especiales a través de la página de Garantía Médica**, [www.garantiamedica.com](http://www.garantiamedica.com) (circular 3/16).

Cabe aclarar que las Insulinas, Glucagón, Tiras reactivas, Aguja y Lancetas que no cuenten con la correspondiente autorización **NO** poseen cobertura al descuento general.

**ATENCIÓN:** **Sólo son válidas las autorizaciones emitidas por GARANTÍA MÉDICA**, independientemente que se trate de medicación para "Diabetes", "Discapacidad" y/o "Especiales", mediante el formulario de autorización vigente.

Aspectos **más relevantes** a considerar:

- **El formulario de autorización sólo rige para lo que se encuentre expresamente autorizado en él** (afiliado, medicación y cantidad de envases). Por lo tanto, **su farmacia debe corroborar el cumplimiento del resto de los requerimientos formales de la receta** indicados en las normas operativas **antes de efectuar el expendio** (por ejemplo: nombre genérico en la prescripción, firma y sello del profesional en la prescripción, tipo de recetario, etc.).

Cabe aclarar que el **requisito de diagnóstico (y/o codificación OMS) y de tratamiento prolongado (\*)** puede omitirse en aquellas **recetas que cuenten con autorización** de Garantía Médica, y se dispensen las cantidades autorizadas. Para el **resto de las recetas sin autorización**, permanecen dichos requisitos como obligatorios.

(\*) *Corresponde a aquellos casos donde la prescripción requeriría la indicación "tratamiento prolongado" según los topes vigentes (punto 5).*

- El **formulario de autorización** debe presentarse en COMPañÍA **acompañado obligatoriamente** por la **receta original** correspondiente.
- En caso de recibir **autorizaciones emitidas únicamente por OSTEL, NO deben ser aceptadas**. El paciente debe ser derivado a **Garantía Médica** para su autorización correspondiente.
- El **plazo de validez de la receta** es el día de la prescripción y los **30 (treinta) días siguientes, aún cuando se encuentre autorizada por la Garantía Médica**. Ver punto 4.

## 10. Aclaraciones Cobertura Fondo Compensador Telefónico:

**Puntos a tener en cuenta** para aplicar y liquidar la cobertura del Fondo Compensador Telefónico:

- El descuento del **20% es ADICIONAL** al del plan general del beneficiario (**50%**) identificado en el padrón con la sigla "**FC**".
- Si un afiliado no figura identificado en el padrón con la sigla "**FC**" pero presenta el **recibo de sueldo actualizado que indique aporte al Fondo Compensador Telefónico, debe ser atendido** adjuntando copia a la receta para su presentación.
- El descuento adicional del 20% **debe calcularse sobre el importe bruto y NO SOBRE EL A CARGO DEL AFILIADO**.
- **No se aplica el descuento del 20% sobre otras coberturas distintas a la general**, por ejemplo: Patologías Crónicas, Hipoglucemiantes, etc., u otro porcentaje autorizado por la Entidad distinto al 50%.
- Debe presentarse como parte de la facturación de JUBILADOS TELEFÓNICOS, **SIN SEPARAR en un lote aparte**. Por lo tanto, **los importes brutos no deben sumarse dos veces**.
- **NO se requiere fotocopia** de la receta de JUBILADOS TELEFÓNICOS OSTEL.
- Los importes del descuento adicional del Fondo Compensador (cuando corresponda) deben reflejarse **CON IDÉNTICOS VALORES Y PORCENTAJE** tanto en la receta como en el ticket de venta.

**El Sistema de Validación calcula automáticamente el descuento adicional del Fondo Compensador Telefónico.** Por lo tanto, su farmacia sólo debe aplicar el resultado que otorga el sistema y **no debe efectuar ningún cálculo adicional para su cobro**.

@

## 11. Medicamentos Faltantes:

Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta.

# TRABAJADORES JUBILADOS DE LAS TELECOMUNICACIONES SISTEMA SOLIDARIO DE SALUD



CÓDIGO DE ENTIDAD: 469 – CÓDIGO INTEGRADOR: jubitel

ANEXO I – CIRCULAR 860/19 B

## 12. Datos a completar por la farmacia:

12.1. **NÚMERO DE TRANSACCIÓN ON LINE.** Debe indicarse en el encabezado de la receta "TR: XXXX", o bien puede imprimirse el comprobante que emite el sistema.

12.2. Fecha de venta;

12.3. Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo.

12.4. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad y totales);

12.5. La farmacia deberá adjuntar cualquiera de los comprobantes de venta detallados:

- Ticket fiscal propiamente dicho.
- Documento no fiscal HOMOLOGADO
- Duplicado o triplicado del ticket fiscal (idéntico al original pero con una leyenda de fondo "NO FISCAL").
- Facturas A, B o C.

12.6. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

12.7. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos;

## 13. Recomendaciones Especiales:

13.1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente;

13.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

- De acuerdo al orden de la prescripción.
- Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
- Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).

13.3. Los troqueles deberán ajustarse a lo siguiente:

- Encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencias o marcas de sustancias adhesivas).
- Sin signos de desgaste del material en todo o parte del troquel.
- Sin impresiones mediante sellos de cualquier tipo de leyendas legibles o no.
- Sin diferencias en tamaño, grosor y/o color del troquel para un mismo producto, presentación y lote.
- No deberán presentar cualquier otro signo que otorgue carácter dudoso al troquel.

13.4. Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

## 14. Atención de Consultas:

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de **COMPañIA** al (011) 4136-9090. Fax: (011) 4136-9001. E-mail: [info@csf.com.ar](mailto:info@csf.com.ar), de Lunes a Viernes, de 8:30 a 18:30 horas.

Ante dificultades o consultas exclusivamente técnicas fuera de nuestro horario de atención, les solicitamos que envíe un correo electrónico a [validaciones@csf.com.ar](mailto:validaciones@csf.com.ar) indicando en el título la palabra "Problema" más el código de su Farmacia.

## 15. Cierre electrónico de lotes:

**MUY IMPORTANTE:** Todas las **RECETAS PROCESADAS ELECTRÓNICAMENTE** deben liquidarse **OBLIGATORIAMENTE** mediante la **herramienta CIERRE DE LOTES** que provee para ello el sistema de validación. **Caso contrario, es motivo de rechazo** de las mismas. Utilice dicha herramienta teniendo en cuenta las indicaciones del Instructivo General del sistema.

Asimismo **es imprescindible IMPRIMIR el Cierre de Lotes** a fin de identificar correctamente la liquidación electrónica en el Resumen de Facturación general (ver punto 16). No deben efectuarse modificaciones manuales (tachaduras ni enmiendas) sobre el Cierre de Lotes que emite el sistema.

Aclaración: la **IMPRESIÓN PREVIA** del Cierre de Lote **NO es válida** para la presentación de recetas:

Las **recetas no procesadas electrónicamente** (por ejemplo, Autorizaciones Especiales) deben liquidarse a través de la **modalidad tradicional de planillas de Compañía** (ver punto 16).





# TRABAJADORES JUBILADOS DE LAS TELECOMUNICACIONES SISTEMA SOLIDARIO DE SALUD



CÓDIGO DE ENTIDAD: 469 – CÓDIGO INTEGRADOR: jubitel

ANEXO I – CIRCULAR 860/19 B

## 18.Muestra de Credencial:

