

## Normas de atención



## VALIDACIÓN ON LINE

**La validación on line de las recetas es obligatoria.** Al validador se accede desde el siguiente link: <https://sinval.ddaval.com.ar/>  
Si Uds. desea homologar su software de gestión, favor de enviar la correspondiente solicitud al mail: [soporte@audibaires.com.ar](mailto:soporte@audibaires.com.ar) ; [soporte@facaf.org.ar](mailto:soporte@facaf.org.ar)

## DESCUENTOS A CARGO DE OSTEP

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>AMBULATORIO</b> | 40% de descuento para los medicamentos incluidos en el Vademécum ambulatorio   |
| <b>CRÓNICOS</b>    | 40% / 70% de descuento para los medicamentos incluidos en el Vademécum crónico según el porcentaje indicado para cada producto, exclusivamente con autorización previa. De no poseer autorización los productos que en dicho vademécum figuran al 70%, se expendrán al 40% |
| <b>PMI</b>         | 100% para todos los medicamentos incluidos en el Vademécum PMI.  |

## AUTORIZACIONES

Las recetas de **OSTEP-GLOBAL EMPRESARIA** que cuenten con autorización se deberán validar dentro del **PLAN CRÓNICO** seleccionando **CON AUTORIZACIÓN**:

Plan \* Receta autorizada

CRONICOS Con autorizacion

Apellido y Nombre Sin autorizacion

Apellido y Nombre Con autorizacion

La **cobertura** y **cantidad** de cada producto dependerá de lo indicado en la autorización:

| CANT. | MONTO      | % COB |
|-------|------------|-------|
| 2     | 18990.64   | 40%   |
| 1     | 0.00       | 40%   |
| 1     | 0.00       | 50%   |
| -     | \$18990.64 | 60%   |
|       |            | 70%   |
|       |            | 80%   |
|       |            | 90%   |
|       |            | 100%  |



## DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

Credencial, y Documento de Identidad



## RECETARIO

### TIPO

Se acepta todo tipo de RP (CONVENCIONAL y DIGITAL) exceptuando los recetarios con propaganda medica.

Las recetas digitales deben presentarse impresas.

### VALIDEZ

30 (Treinta) días contados a partir de la fecha de prescripción.



### Datos que deben figurar:

- Apellido y Nombre del paciente.
- Número de asociado.
- Medicamentos recetados, por su denominación genérica y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expendirá solamente uno).
- Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.
- Fecha de Prescripción



## LÍMITES DE CANTIDADES

|  |  |
|--|--|
| <b>CANTIDAD DE<br/>REGLONES</b>                    | 3 (tres)   |
| <b>POR RECETA</b>                                  | Hasta 3 (tres) envases.                            |
| <b>POR REGLÓN</b>                                  | Hasta 1 (UN) envase.                               |
| <b>ANTIBIÓTICOS<br/>INYECTABLES<br/>MONODOSIS</b>  | Hasta 5 (cinco) por receta con autorización previa |
| <b>ANTIBIÓTICOS<br/>INYECTABLES<br/>MULTIDOSIS</b> | Hasta 1 (uno) por receta.                          |

## LÍMITES DE TAMAÑOS

HASTA 1 (UNO) DE TAMAÑO GRANDE POR REGLÓN

## OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el medico NO indica tamaño, debe entregarse el de menor contenido.
- Cuando el medico solo indica GRANDE, debe entregarse el tamaño siguiente al menor.
- Cuando el medico equivoca cantidad, debe entregarse el tamaño inmediato inferior.

## PSICOFÁRMACOS

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. No se aceptan fotocopias.



## MEDICAMENTOS FALTANTES

Si por cualquier motivo en la farmacia falta el o los productos recetados, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 Hs. de haber sido requeridos por el beneficiario, quien debe conocer tal condición para adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo.

## PLAN MATERNO INFANTIL

### **EXCLUSIVAMENTE PARA PRODUCTOS DEL VADEMECUM PMI**

100% de descuento en medicamentos para la madre, desde el momento de la detección del embarazo hasta 30 días posteriores al parto y para el recién nacido hasta el año de vida.

### **LECHES MEDICAMENTOSAS CON AUTORIZACIÓN PREVIA INCLUIDAS EN EL VDM PMI**

100% de descuento, hasta 4 kg/mes y hasta los 3 meses de edad.

## DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- ADJUNTAR LOS TROQUELES DEL SIGUIENTE MODO:
  1. De acuerdo al orden de prescripción.
  2. Incluyendo el 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).
- Para la presentación de las recetas la farmacia cuenta con 60 días corridos contados desde la fecha de expendio. Pasado dicho plazo serán indefectiblemente debitadas.



## EXCLUSIONES

Los descuentos indicados en este instructivo se aplican solamente sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta incluidas en VDM ambulatorio o VDM PMI según corresponda.

- ANOVULATORIOS (Excepto si el médico indica en la receta la prescripción con fines terapéuticos)
- ARTÍCULOS DE CAUCHO O PLÁSTICO (Bolsas, cánulas, tubos, sondas de todo tipo, jeringas de goma, etc.)
- ARTÍCULOS DE TOCADOR o BELLEZA (Jabones, lociones, champúes, emulsiones, etc.)
- CEPILLOS (Todos)
- CITOSTÁTICOS, ONCOLÓGICOS MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS PARA TRATAMIENTO ONCOLÓGICO
- CREMAS MEDICAMENTOSAS QUE SEAN DE VENTA LIBRE.
- ENVASES HOSPITALARIOS.
- FÓRMULAS MAGISTRALES HOMEOPÁTICAS o ALOPÁTICAS.
- LECHE DE TODO TIPO EXCEPTO LA CUBIERTAS EN EL PLAN PMI
- HERBORISTERÍA.
- INSULINAS y TIRAS REACTIVAS
- INTERFERÓN
- LIMPIA Y FIJA DENTADURAS
- PASTAS, POLVOS, LÍQUIDOS DENTÍFRICOS.
- PRODUCTOS DIETÉTICOS.
- PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL
- PRODUCTOS PARA TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD.
- PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DEL SIDA.
- TODOS LOS PRODUCTOS QUE CONTENGAN LA DROGA Y/O PRINCIPIO ACTIVO:
  1. ETANERCEPT (EJ.: ENBREL)
  2. LINEZOLID (ZYVOX ORAL)
- VACUNAS INCLUIDAS EN EL CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN
- VENTA LIBRE

## MODELO DE CREDENCIAL

Modelo de Credencial de OSTEP y Global Empresaria Consultores. La credencial es un documento rectangular con un fondo azul oscuro y elementos blancos y amarillos. En la parte superior izquierda se encuentra el logo de OSTEP (Organismo de Supervisión de los Servicios de la Educación Privada) con el texto "OSPEP" y "ORGANISMO DE SUPERVISIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA EDUCACIÓN PRIVADA" debajo. En la parte superior derecha se encuentra el logo de GLOBAL EMPRESARIA CONSULTORES con el texto "GLOBAL EMPRESARIA CONSULTORES" a su lado. Debajo de los logos, hay un campo rectangular con el texto "PLAN" en azul. A continuación, hay tres campos rectangulares con el texto "APELLIDO Y NOMBRE", "N° AFILIADO" y "D.N.I." respectivamente. A la derecha de estos campos, hay un campo rectangular con el texto "VTO. CREDENCIAL". En la parte inferior, hay un pequeño texto que dice "Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control de Otros Servicios y Entidades de Rótulos Prepagas" y "8000-222-54130 (72000) - www.argentina.gob.ar/sasasud - ROP 14702011".

# MODELO DE AUTORIZACIÓN



## Solicitud de Autorización

Entidad 20095 - FEDERACION ARGENTINA DE CAMARAS DE FARMACIAS N° Orden  
Afiliado

|                         |   |
|-------------------------|---|
| Obra Social             | OSTEP   |
| Plan                    | PLAN CLASICO                                      |
| Prestador Solicitante   | 20095-FEDERACION ARGENTIAN DE CAMARAS DE FARMACIA |
| Fecha de prescripción   |   |
| Fecha de realización    |   |
| Area de Atención        |   |
| Diagnóstico Presunt.    |   |
| Código de Autorización  |   |
| Estado                  | Autorizado  |
| Motivo                  |   |
| Coseguro Neto Calculado | 0.00 (*)  |

### Listado de Prácticas

| Prestador   | Nomenclador | Práctica | Cobertura | Cantidad |
|---|-------------|----------|-----------|----------|
| 20095-FEDERACION ARGENTIAN DE CAMARAS DE FARMACIA | Farmacia    |          |           |          |
| 20095-FEDERACION ARGENTIAN DE CAMARAS DE FARMACIA | Farmacia    |          |           |          |
| 20095-FEDERACION ARGENTIAN DE CAMARAS DE FARMACIA | Farmacia    |          |           |          |

-----  
Firma y Sello del Prestador

-----  
Firma, aclaración y DNI del Afiliado

