



## NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE: OSEF (Obra Social del Estado Fuegoino)



### DESCUENTOS A CARGO DE OSEF

PLAN AMBULATORIO	70% y 40 %
PLAN DERIVADO	40%, 70% y 100%
PLAN AUTORIZADO	40%, 70% y 100%
PLAN CANAL DIGITAL	70% y 40 %

### DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

Credencial Definitiva / Virtual, DNI y Receta

**VALIDACION OBLIGATORIA:** ingresando al sitio: <https://sinval.ddaval.com.ar/> o a la página de FACAF: <https://www.facaf.org.ar/>  
Solicitar usuario y clave vía whatsapp al: 11-5912-4238 o via mail a [guadalupe.zarlenga@facaf.org.ar](mailto:guadalupe.zarlenga@facaf.org.ar) y [matias.sfeir@facaf.org.ar](mailto:matias.sfeir@facaf.org.ar)

### RECETARIO

TIPO:	Para las farmacias radicadas en Tierra del Fuego: Exclusivamente Receta Electrónica Receta electrónica ó convencional en el resto del país
VALIDEZ:	30 (treinta) días contados a partir de la fecha de prescripción.
Para los casos de receta convencional deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional y con la misma tinta:	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nombre de la Entidad</li> <li>▶ Apellido y Nombre del Beneficiario</li> <li>▶ Número de Beneficiario (En caso de no corresponderse con la credencial la farmacia deberá aclararlo al dorso de la receta, avalando la corrección con la firma del beneficiario).</li> <li>▶ Numero de receta (Opcional)</li> <li>▶ Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra cuando supere la unidad.</li> <li>▶ Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.</li> <li>▶ La receta deberá contar con el diagnostico.</li> <li>▶ Fecha de Prescripción</li> <li>▶ Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.</li> </ul>

### LÍMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES:	3 (tres)
POR RECETA:	Hasta 6 (seis) envases
POR RENGLÓN:	Hasta 2 (dos) envases
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS:	Hasta 8 (ocho) por receta
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS:	Hasta 2 (dos) por receta
ANTIBIÓTICOS ORALES :	Hasta 3 (tres) unidades del menor tamaño con indicación de tratamiento por el medico prescriptor.

### LÍMITES DE TAMAÑOS

Hasta 2 (Dos) del primer tamaño por renglón  
Hasta 1 (uno) del segundo o tercer tamaño por renglón (salvo expresa autorización de auditoria medica)

### OTRAS ESPECIFICACIONES

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

**DE LA PRESCRIPCION**

Según ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico

**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.

**PALAN MATERNO INFANTIL**

100% de descuento para la madre, desde el momento de la gestación del embarazo y hasta un mes posterior al parto y para el recién nacido hasta el año de vida.

LECHES: Exclusivamente con autorización previa.

**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 abrochador ni cinta adhesiva, debido que dificultan la lectura del código de barras).
- ▶ No se aceptaran mas de una receta por ticket, el cual debe pegarse sin obstruir la vista del dorso de la receta.
- ▶ 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, en receta y ticket 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 OSEF, A CARGO Afiliado.

**EXCLUSIONES**

**Los descuentos indicados en este instructivo se aplican sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta que apruebe el validador**

**AUTORIZACIONES ESPECIALES**

Sólo podrán expenderse recetas que NO cumplan con los requisitos indicados en esta norma de atención, cuando se hallen autorizadas. Dicha autorización deberá adjuntarse a la receta.

**MODELO DE CREDENCIAL**





