



O.S.P.F.

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA



DESCUENTO A CARGO OSPF

AMBULATORIO	Se reconocerá como descuento del 40% del precio de venta al público, todas las especialidades medicinales que figuran en el vademecum. Se valida como PLAN AMBULATORIO.
CRÓNICOS	Se reconocerá como descuento del 70% del precio de venta al público, todas especialidades medicinales que figuran en el vademécum con dicho descuento, siempre que la VALIDACIÓN ON LINE autorice dicha cobertura. Si el validador no autoriza el 70% se podrá expender al 40% siempre que se encuentre en el vademécum. . Se validan como PLAN AMBULATORIO.
PMI	Se reconocerán como descuento el 100% (cien por ciento) del precio de venta al público, todos las especialidades medicinales incluidas en el vademécum, únicamente las recetas identificadas como PLAN MATERNO INFANTIL. . Se validan como PLAN PMI.
ANTICONCEPTIVOS	Se reconocerá como descuento el 100% (cien por ciento) del precio de venta al público, según lo establecido por la Ley N° 25673, Salud Sexual y Salud Reproductiva, todos los anticonceptivos incluidos en vademécum. Se validan como PLAN AMBULATORIO.
AUTORIZACIONES ESPECIALES	Para productos que no figuran en el vademécum y cantidades que excedan a la norma solo se reconocerán cantidades y descuentos autorizados según conste en el TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN que emite la Obra Social. Se valida como PLAN AUTORIZADO.
Los planes identificados en los recetarios que reconoce la Obra Social se validan de la siguiente manera: • General (se valida en Plan Ambulatorio) • Plan Materno Infantil (se valida en PMI) • Oncológico (se valida en Plan Ambulatorio) • Diabéticos (se valida en Plan Ambulatorio) • Discapacidad (se valida en Plan Ambulatorio)	

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

Credencial física o Credencial digital teniendo ambas la misma validez, Documento de Identidad y Recetario OFICIAL O.S.P.F. o Recetario Digital.



RECETARIO

TIPO	• OFICIAL: Recetarios OSPF color blanco, Recetario Convenio Colectivo: blanco con la leyenda CONVENIO COLECTIVO en gris. • DIGITAL IMPRESO.
VALIDEZ	30 (treinta) días corridos a partir de la fecha de prescripción médica inclusive.



RECETARIO OFICIAL Se reconocerán como válidos los datos del afiliado que figuran pre-impresos:

- Apellido y Nombre del Beneficiario
- CUIL
- Fecha de Emisión
- Número de Beneficiario
- Plan
- Sexo
- Edad

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

- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expendirá 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 Denominación Común Internacional – DCI–Ley 25649–

LA FALTA DE CUALQUIERA DE ESTOS DATOS SERA MOTIVO DE DÉBITO.

DIGITAL: La receta electrónica o digital debe cumplir los siguientes requisitos:

- Identificación del médico o profesional de la salud: nombre, matrícula, profesión, especialidad, domicilio.
- 2 Códigos de barra: Número de la receta.
- CUIL del Afiliado.
- Plan.
- Identificación del paciente: nombre, obra social, CUIL, sexo.
- Medicamento: identificado por su nombre genérico o denominación común internacional. Debe indicar: presentación, forma farmacéutica y cantidad unidades.
- Puede contener el nombre comercial del medicamento.
- Diagnóstico.
- Fecha de emisión.
- Firma digital profesional.

LÍMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE REGLONES	2 (dos)
POR RECETA	Hasta 2 (dos) envases
POR REGLÓN	Hasta 1 envase.
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS	Hasta 5 (cinco) por receta
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS	Hasta 1 (un) por receta.
(Se podrá validar solo un envase de la misma monodroga cada 28 días, las excepciones solo con AUTORIZACIÓN de Auditoría Médica OSPF)	

LÍMITES DE TAMAÑOS

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

OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el médico NO indica contenido, debe entregarse el de menor contenido.
- Cuando el médico equivoca cantidad o contenido, debe entregarse el tamaño inmediato inferior.



PSICOFÁRMACOS / PSICOTRÓPICOS / ANTIBIÓTICOS

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 53 años. Fuera de este rango etáreo los anticonceptivos no poseen descuento.



DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

RECETARIO TIPO OFICIAL

- Adjuntar el/los troqueles del siguiente modo:
 1. De acuerdo al orden de prescripción.
 2. Incluyendo el código de barras.
 3. 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 Farmacéutico 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)
- Adjuntar el comprobante de validación donde figuren datos del afiliado, diagnóstico, datos del médico prescriptor, detalle de medicamentos entregados, cantidad, Total a cargo de O.S.P.F. a cargo afiliado.
- Receta, con goma de pegar.



LA FALTA DE ESTOS DATOS SERÁ MOTIVO DE DÉBITO.

RECETARIO TIPO DIGITAL IMPRESO

Todos los datos consignados a continuación como obligatorios, deberán estar detallados en la receta digital impresa.

- Adjuntar el/los troqueles del siguiente modo:
 1. De acuerdo al orden de prescripción.
 2. Incluyendo el código de barras.
 3. Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido que dificultan la lectura del código de barras).
- Firma y sello de la farmacia.
- Adjuntar el comprobante de validación donde figuren datos del afiliado, diagnóstico, datos del médico prescriptor, detalle de medicamentos entregados, cantidad, Total a cargo de O.S.P.F. a cargo afiliado

LA FALTA DE ESTOS DATOS SERÁ MOTIVO DE DÉBITO.

EXCLUSIONES

Solamente tendrán cobertura los productos que figuran en el vademécum y los productos que no se encuentren en el vademécum solo si están debidamente autorizados por la Auditoría Médica de O.S.P.F. según se indica en la Norma "Autorizaciones Especiales"

REQUISITOS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN

- **VALIDACIÓN ON LINE: Obligatoria.**
- Para realizar la presentación de la respectiva facturación se exigirá como requisito indispensable:
 1. Carátulas de presentación distinguiendo si las recetas pertenecen a OSPF ú OSPF Convenio Colectivo
 2. Una carátula de presentación que incluya las recetas atendidas de los planes AMBULATORIO, PMI y AUTORIZADOS.
 3. Una segunda carátula que incluya las recetas del Plan PMI.
 4. 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**
 2. **OSPF AMBULATORIO AUTORIZADOS**
 3. **OSPF PMI**
 4. **OSPF PMI AUTORIZADOS**
 5. **OSPF CONV. COLECTIVO AMBULATORIO – AUTORIZADOS**
 6. **OSPF CONV. COLECTIVO PMI**

- Dividir las carátulas en lotes de 100 recetas.

Estas carátulas son las que emite el validador on-line al momento de efectuar el cierre con su correspondiente número de validación. Este detalle también lo emite el validador.

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

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 AUTORIZACIÓN, 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 auditoria. En dicho formulario se indicará el descuento a cargo de la O.S. para cada producto.



MODELO DE CREDENCIALES

Obra Social del Personal de Farmacia RNOS 107404

CUIL:

APELLIDO:

NOMBRE:

TIPO DOC:

FECHA DE EMISION: 12/09/2019
SERVICIO DOMESTICO
 Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago

Roque F. Garzon
PRESIDENTE OSPF

Obra Social del Personal de Farmacia RNOS 107404

CUIL:

APELLIDO:

NOMBRE:

TIPO DOC:

FECHA DE EMISION: 12/09/2019
JUBILADO
 Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago

Roque F. Garzon
PRESIDENTE OSPF

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.

SSSalud
 SUBSECRETARÍA DE SALUD
 0800-222-72583 | www.sssahud.gob.ar

Ministerio de Salud
 Presidencia de la Nación

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

Obra Social del Personal de Farmacia RNOS 107404

CUIL:

APELLIDO:

NOMBRE:

TIPO DOC:

FECHA DE EMISION: 12/09/2019
Regimen Monotributo
 Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago

Roque F. Garzon
PRESIDENTE OSPF

Obra Social del Personal de Farmacia RNOS 107404

CUIL:

APELLIDO:

NOMBRE:

TIPO DOC:

FECHA DE EMISION: 12/09/2019
Regimen Monotributo
 Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago

Roque F. Garzon
PRESIDENTE OSPF

MODELO DE RECETARIOS

O.S.P.F. Recetario 1700381

Apellido y Nombre del Beneficiario: CUIL: DIAGNÓSTICO: Fecha de Emisión: Número de Documento: Plan: Bono: Edad: Fecha de Dispensación:

21/08/20 GENERAL F 30

Prescripción: Precio Unitario: TOTAL: OTS N: MONTO PAGO: MONTO A CARGO DEL BENEFICIARIO:

FECHA DE PRESCRIPCIÓN: FIRMA, SELLO CARO, MATRÍCULA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL:

CERTIFICÓ LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS:

FIRMA FARMACÉUTICO, SELLO FARMACIA:

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AFILIADO:

DOMICILIO: TELÉFONO:

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 e001020

Delegación: 33 - SALTA

O.S.P.F. Recetario 1700379

Apellido y Nombre del Beneficiario: CUIL: DIAGNÓSTICO: Fecha de Emisión: Número de Documento: Plan: Bono: Edad: Fecha de Dispensación:

21/08/20 GENERAL M 54

Prescripción: Precio Unitario: TOTAL: OTS N: MONTO PAGO: MONTO A CARGO DEL BENEFICIARIO:

FECHA DE PRESCRIPCIÓN: FIRMA, SELLO CARO, MATRÍCULA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL:

CERTIFICÓ LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS:

FIRMA FARMACÉUTICO, SELLO FARMACIA:

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AFILIADO:

DOMICILIO: TELÉFONO:

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 e001020

Delegación: 33 - SALTA



MODELO FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

O.S.P.F.
ORGANISMO SUPLENTE DE FARMACIA

Centro Operativo: SANTA CRUZ Pagina: 1 / 1

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

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

DATOS DEL SOLICITANTE	 9006227500000000182490000000120148837
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	Fecha de atención: ____/____/____ Diagnóstico: _____
Firma y sello del Médico Auditor	Firma del Beneficiario
	Firma, sello y matrícula de Efectuador