

Vigente a partir del 18 de Mayo de 2021.

Las marcas “@” identifican los puntos que **deben validarse OBLIGATORIAMENTE** en el momento de la venta a través del sistema de validación ingresando en www.plataformacsf.com o bien mediante los sistemas de facturación integrados.

Para aquellas recetas no validadas electrónicamente (por ejemplo autorizaciones especiales) deberá efectuarse una **DECLARACIÓN DE DISPENSA** en dicho sistema de validación.

En todas las recetas validadas y declaradas 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** y **DECLARACIÓN DE DISPENSA** electrónico es **OBLIGATORIO**. SIEMPRE deben figurar en el **RESUMEN DE FACTURACIÓN** general confeccionado a través de www.plataformacsf.com (ver punto 13).

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

- **VALIDACIÓN ELECTRÓNICA** de OSPEDyC (“Plan MIXTO VALIDACIÓN”)
- **DECLARACIÓN DE DISPENSA** de OSPEDyC para recetas sin validación online (“Plan MIXTO DECLARACIÓN”)

1.Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)

1.1. General:	40% ó 50% (*)	@
1.2. Patologías Crónicas, Diabetes y Anticonceptivos:	Monto Fijo, 70% ó 100% (ver punto 6)	@
1.3. Plan Materno Infantil:	100% (ver punto 7)	@

(*) En caso de registrarse **diferencias entre las coberturas indicadas en el recetario y el padrón**, su Farmacia **1.4. siempre debe registrarse por la información detallada en este último.**

2.Habilitación del beneficiario:

2.1. Credencial (según muestra).

2.2. Habilitación del Beneficiario según validación on line.	Ingresar el número de afiliado completo como figura en la credencial, sin guiones ni barras . Por ejemplo:	
	NRO. DE BENEFICIARIO EN CREDENCIAL	NÚMERO A INGRESAR
	12345678 / 00	1234567800

2.3. Los beneficiarios no habilitados según validación on-line pero que presenten la **Constancia de Afiliación** (según muestra punto 17) deberán ser **atendidos normalmente**, verificando la fecha de vencimiento al momento del expendio (**validez 30 días**). Se debe **adjuntar copia de la misma a la receta** para su presentación en COMPANÍA.

Cabe aclarar que dicha constancia es válida tanto para el titular como para los integrantes del grupo familiar allí detallados.

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

2.5. 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:

ACLARACIÓN GENERAL: durante la **cuarentena sanitaria vigente**, los afiliados de OSPEDyC podrán concurrir a las farmacias con cualquiera de los siguientes comprobantes:

- a) **Prescripción tradicional** propiamente dicha.
- b) **Reproducción de la prescripción emitida vía mail o Whatsapp** siempre y cuando cuente con los mismos datos de la prescripción tradicional según norma (nombre y apellido del paciente, número de afiliado, medicación y cantidades prescritas, fecha de prescripción, datos del profesional, etc.)
- c) **Autorizaciones especiales** (cuando esto sea requerido según norma) también enviada por mail u otra modalidad electrónica similar, ya sea para adjuntar alguno de los comprobantes anteriores o bien como reemplazo de la prescripción. En este último caso, la autorización deberá contener los mismos datos exigidos para la prescripción (puntos a y/o b).

Estas recetas **deberán SER VALIDADAS OBLIGATORIAMENTE** y completados todos los datos que solicitan especialmente médico y matrícula.

Cabe destacar que en caso de presentarse la prescripción únicamente por medio digital, el troquel y conformidad del afiliado (o quien retira) deberán figurar en el ticket de venta correspondiente para su liquidación en COMPANÍA.

Para la dispensa de psicotrópicos o productos con receta archivada deberán cumplirse las disposiciones legales vigentes.

3.1. Tipo de recetario:	<ul style="list-style-type: none"> De todo tipo (particular o de instituciones)
3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:	<ul style="list-style-type: none"> Nombre y apellido del paciente; Número de afiliado (*); Medicamentos recetados por principio activo. Podrá indicar una marca sugerida, y el profesional farmacéutico sustituirla por una especialidad medicinal de menor precio a la prescripta dentro del vademécum acordado, que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades incluida en el Vademécum. En esos casos, el socio deberá firmar en conformidad por el reemplazo. Se rechazarán recetas que no presenten principio activo. Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letras; Firma y sello legible de médico u odontólogo con número de matrícula y aclaración; Fecha de prescripción <p><i>Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción debe estar salvadas por el profesional con su firma y sello.</i></p> <p><i>(*) 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.</i></p>

4. Validez de la receta:

EXPEDIO: El día de la prescripción y los **60** días siguientes para dispensas en general.

PATOLOGIAS CRÓNICAS – DIABETES – ANTICONCEPCION: La receta no tiene vencimiento. Se debe validar.

PRESENTACIÓN A COMPAÑÍA: **60 días** desde la fecha de venta (hasta la fecha de presentación -día 25 de cada mes o según cronograma vigente-). Caso contrario, **OSPEDYC lo considera motivo de débito.**

5. Topes de cobertura:

5.1. Límites de cantidades:		
Renglones por receta:	Hasta 6 (seis) de distinto nombre comercial y genérico	
Envases por renglón:	Hasta 2 (dos) chico	
	Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	Hasta 6 (SEIS) por receta.
	Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	Hasta 2(DOS) por receta.
5.2. Psicofármacos:	<ul style="list-style-type: none"> El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia. 	
5.3. Otras especificaciones:	Quando el médico:	Debe entregarse:
	<ul style="list-style-type: none"> No especifica cantidades Sólo indica la palabra “grande” 	<ul style="list-style-type: none"> El envase de menor contenido. La presentación siguiente a la menor.
	<ul style="list-style-type: none"> Equivoca la cantidad y/o contenido 	<ul style="list-style-type: none"> El tamaño inmediato inferior al indicado.

6. Patologías Crónicas, Diabetes y Anticonceptivos:

6.1. Habilitación del beneficiario:	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes crónicos, diabéticos y/o con requerimiento de anticonceptivos que figuren empadronados para tal fin en el sistema de validación online. REQUIERE VALIDACION ONLINE OBLIGATORIA. <p>En caso de que un paciente no figure habilitado en dicho sistema con cobertura diferencial y así lo requiera, debe ser derivado a OSPEDYC para su empadronamiento.</p>
6.2. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> El afiliado presentará una receta, o una copia de la misma (impresa o bien digital), la misma NO DEBE RETENERSE. La firma en conformidad y los troqueles adheridos deberán colocarse en el ticket de venta para su presentación en COMPAÑÍA. La farmacia dispensará la medicación de acuerdo a lo que se encuentre empadronado en el sistema de validación online.

6.3. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: De acuerdo a lo que figura empadronado para cada beneficiario en el sistema de validación online. 	@
6.4. Descuento:	<ul style="list-style-type: none"> • Monto Fijo, 70% o 100% según lo que indique el sistema de validación online. 	@
6.5. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> • Según lo que indique el sistema de validación online. 	@

7. Plan Materno Infantil:

7.1. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> • Igual a la cobertura general. REQUIERE VALIDACION ONLINE 	@
7.2. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: Los incluidos en el Vademécum (*), identificados como pertenecientes al PMI. NO requiere Autorización Previa. • Leches: según vademécum. NO requiere Autorización Previa. <p>(*) La cobertura de PMI <u>se distingue</u> entre “PMI MADRE” y “PMI NIÑO”, según se indica en vademécum.</p> <p>Pañales: con Autorización Previa (ver muestra punto 17)</p>	@
7.3. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> • Igual al resto de los planes 	@

8. Productos Cubiertos:

Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM vigente que se valida electrónicamente.

9. Autorizaciones Especiales:

**Estas recetas NO SE VALIDAN electrónicamente
Debe efectuarse DECLARACIÓN DE DISPENSA.**

Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos, pertenecientes al Plan Materno Infantil cuando corresponda (ver punto 7) o por límites de cantidades, cuando se hallen autorizadas mediante firma y sello por cualquiera de las siguientes personas:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • DR. ADRIÁN CRUCIANI • DR. ALEJANDRO KORNBERG • DR. ÁNGEL BATTAGLIA • DRA. CECILIA MAISSONAVE • DRA. CELINA ÁVILA • DR. ERNESTO DELGADO • DR. FERNANDO ALFONSÍN • DR. JORGE BARRERA • DR. JORGE CESARO • DR. JOSÉ MACKSINZUOK • DRA. LAURA DEL GESSO | <ul style="list-style-type: none"> • DRA. LAURA GUZMÁN • DRA. LAURA SCRIGNAR • DR. MARCELO LÓPEZ MARISCAL • DR. PABLO ERPEN • DRA. PATRICIA PEDARROS • DR. RAFAEL PEREDA • DR. SILVIO COISSON • DRA. VALERIA EL HAJ • DRA. VIVIANA CANTARUTTI • DR. WALTER BRIGGILER |
|---|--|

Por lo tanto NO son válidas las autorizaciones especiales efectuadas por personas diferentes a las indicadas.

10. 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.

11. Datos a completar por la farmacia:

11.1. 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.

11.2. Fecha de venta;		@
11.3. Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo;		
11.4. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales)		
11.5. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;		
11.6. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos;		
11.7. Ticket de venta, copia o factura manual; (*)		

(*) Debe adjuntarse a la receta cualquiera de estos comprobantes, caso contrario OSPEDyC lo considerará motivo de débito.

12.Recomendaciones Especiales:

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

12.2.Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

- De acuerdo al orden de la prescripción.
- Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
- Se sugiere adherirlos con goma de pegar (sin utilizar abrochadora o cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).

12.3.Sistema de Trazabilidad:

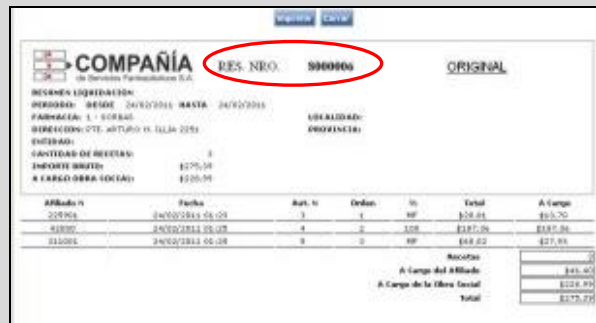
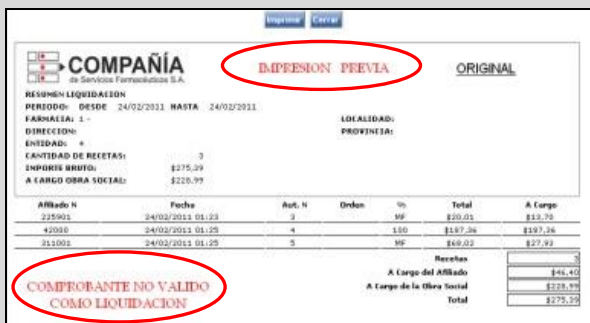
Es **obligatorio dar cumplimiento, en los casos que sea aplicable, al Sistema de Trazabilidad** establecido en la Res. 435/11 MS y las Disposiciones 3683/11 y 1831/11 ANMAT, ya sea mediante el propio sistema informático de su farmacia o bien de la página web provista al efecto por la ANMAT.

Cabe señalar que **dicha normativa rige, cuando corresponda, para todas las coberturas de OSPEDYC** indicadas en las presentes normas de atención.

13.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. De igual modo debe procederse con las **DECLARACIONES DE DISPENSA** a fin de incluir ambas modalidades en el **Resumen de Facturación electrónico** que su farmacia presentará en **COMPANÍA**. Caso contrario, es motivo de rechazo de las mismas. Utilice dicha herramienta teniendo en cuenta las indicaciones del Instructivo General del sistema.

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

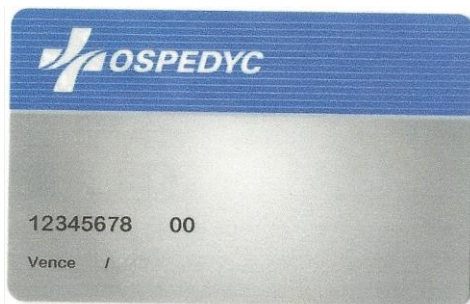


14.Atención de Consultas:

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de **COMPANÍA** al (011) 4136-9090 – Fax: (011) 4136-9001- E-mail: 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 indicando en el título la palabra "Problema" más el código de su Farmacia.

15.Muestra de Credencial:




Frente



Dorso

16.Muestra de Constancia de Afiliación:



CONSTANCIA DE AFILIACION
 08/10/2013 03:51 p.m.
 Válido Hasta: 07/12/2013

AFILIADO TITULAR

Nro. de Afiliado: XXXXXXXX / XX Nombre y Apellido: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Fecha de Nacimiento: XX/XX/XXXX Fecha de Alta: XX/XX/XXXX
 Domicilio: XXXXXXXX XXXXXXXX Telefono: XXXXXXXX
 Localidad: XXXXXXXX XXXXXXXX Documento: XXXXXXXX XXXXXXXX
 C.P.: XXXXXXXX Seccional: XXXXXXXX XXXXXXXX Empresa: XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX
 CUIL: XXXXXXXX XXXXXXXX Tipo: XXXXXXXX XXXXXXXX
 Correo electrónico: XXXXXXXX XXXXXXXX

FAMILIARES

Nro. Afiliado	Documento	Apellido y Nombre	Fecha Nas.	Parentesco	Fecha de Bajas
XXXXXXX #01	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX/XX/XXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Cul: XXXXXXXX XXXXXXXX					
XXXXXXX #02	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XX/XX/XXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Cul: XXXXXXXX XXXXXXXX					

DATOS DE LA ENTIDAD

ENTIDAD EMPLEADORA: XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX
 CUIT: XXXXXXXX XXXXXXXX
 DOMICILIO LABORAL: XXXXXXXX XXXXXXXX LOCALIDAD: XXXXXXXX XXXXXXXX
 PROVINCIA: CODIGO POSTAL: 1054

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados, como así también, que las personas que se declaran se encuentran a mi cargo, no teniendo cobertura social alguna, ni perciben ingresos de ningún tipo, comprometiéndome al reintegro de los gastos que ocasionen las prestaciones brindadas en el caso que se compruebe falsedad en los datos suministrados. Asimismo notificar las modificaciones del grupo familiar a cargo (ej. fallecimiento, mayoría de edad, estudios, relación de dependencia, etc.), y también la actualización de datos personales (ej. cambio de domicilio, teléfonos, etc.)

 Firma/Sello Beneficiario

 Firma/Sello Afiliaciones OSPEDYC

Cabe aclarar que dicha constancia es válida tanto para el titular como para los integrantes del grupo familiar allí detallados.

17.Dispensa de Pañales:



Dispensa de Pañales

Nombre y Apellido:
 Beneficiario N°:
 Fecha:

EMERGENCIA Covid-19

120 (ciento veinte) pañales descartables ajustables económicos standard por mes

Validez: 1 (una) entrega por mes en curso, por 3 (tres) meses, del 01/04/2021 al 30/06/2021.-
 Los pañales que no se retiren en el mes de consumo, no podrán ser dispensados en el siguiente mes.-
 Cobertura: 100% (cien por ciento).-

Dr. / Dra.
 Auditoría Médica
 OSPEDYC
 M.N. 74.647

- No es necesario que el afiliado presente prescripción médica adjunta al mencionado formulario.
- Las cantidades indicadas en el formulario son las que corresponden dispensar en cada mes.

Por último, **dicho formulario es válido únicamente si se encuentra autorizado por alguna de las siguientes personas:**

- DR. ADRIÁN CRUCIANI
- DR. ALEJANDRO KORNBERG
- DRA. CELINA ÁVILA
- DR. JORGE CESARO
- DRA. LAURA GUZMÁN
- DRA. LAURA SCRIGNAR
- DR. PABLO ERPEN
- DRA. PATRICIA PEDARROS
- DRA. VALERIA EL HAJ