



Vigente a partir del 15 de Agosto de 2024.

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.

Los **datos consignados en las validaciones y/o declaraciones deben reflejar fielmente lo indicado en la prescripción** (beneficiario, profesional y/o institución, productos, fecha de prescripción, etc.). Caso contrario, la receta es plausible de observación y débito.

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 12).

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

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

1.Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)

| | | |
|---|-----------------------------|---|
| 1.1. General: | 40% | @ |
| 1.2. Patologías Crónicas | 70% (Ver punto 7) | @ |
| 1.3. Plan Materno Infantil y/o Autorizaciones Especiales: | Ver punto 8 | |

2.Habilitación del beneficiario:

2.1. Credencial digital, credencial física o constancia de afiliación (según muestras en punto 14).

| | | | |
|--|--|--------------------------|---|
| 2.2. Habilitación del Beneficiario según validación on line: | Ingresar el número de DNI completo, sin puntos ni barras . Por ejemplo: | | @ |
| | NRO. DE DNI | NÚMERO A INGRESAR | |
| | 12.345.678 | 12345678 | |

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: | <ul style="list-style-type: none"> • De todo tipo (Particular o de Instituciones); • Recetario oficial de la entidad (según muestra en punto 15); • Recetarios electrónicos / digitales que cumplan con requisitos de identificación (código de barra, QR, N° de receta.) con firma y sello digital de acuerdo a la reglamentación de la ley; • Recetarios digitales (prescripción pre-impresa ya sea total o parcial) sin los requisitos de identificación antes mencionados pero que contengan firma y sello original del profesional. <p>NO se aceptan recetarios sin membrete (por ejemplo: recetarios en blanco, de publicidad de medicamentos, etc.).</p> <p>Cabe destacar que en el caso de recetarios digitales o electrónicos el afiliado deberá presentar en todos los casos una copia impresa del mismo y debe grabarse obligatoriamente el número de recetario correspondiente.</p> |
|-------------------------|---|



| | |
|---|---|
| <p>3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta, o bien pre-impresos en recetas electrónicos / digitales:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Denominación de la entidad (en caso de que el recetario no sea el oficial de la entidad) (*); • Nombre y apellido del paciente; • Número de afiliado (*) • Medicamentos recetados por principio activo, indicando una marca sugerida incluida en el Vademécum. Se rechazarán recetas que no presenten Principio Activo. • Cantidad de cada medicamento; • Firma y sello 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 y/o la denominación de la entidad haya sido omitida por el profesional, 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:

El día de la prescripción y los **29** días siguientes. @

5. Topes de cobertura:

| | |
|---|--|
| 5.1. Límites de cantidades: | |
| Renglones por receta: | Hasta 2 (dos) de distinto nombre comercial y genérico. @ |
| Envases por renglón: | Hasta 1 (un) envase de tamaño grande o mediano, y uno chico en el restante. @ |
| 5.2. Antibióticos Inyectables: | Presentación |
| | Entregar |
| Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla. | Hasta 5 (cinco) @ |
| Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla. | El menor número posible de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas. Por ejemplo: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expendirse 3 (tres) envases = 6 (seis) ampollas. @ |
| 5.3. Psicofármacos: | • El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia. |
| 5.4. Otras especificaciones: | Cuando el médico: |
| | Debe entregarse: |
| | • El envase de menor contenido. @ |
| • No especifica cantidades | • La presentación siguiente a la menor. @ |
| • Sólo indica la palabra “grande” | • El tamaño inmediato inferior al indicado. @ |
| • Equivoca la cantidad y/o contenido | |

6. Productos Cubiertos:

Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM vigente de la entidad. @

7. Patologías crónicas:

| | |
|---------------------------|--|
| 7.1. Recetario: | • Igual al resto de los planes. No requiere autorización de la entidad pero sí VALIDACIÓN ONLINE OBLIGATORIA. @ |
| 7.2. Productos cubiertos: | • De acuerdo a lo que figure empadronado en el sistema de validación online. @ |
| 7.3. Descuento: | • 70% o descuento según lo que se encuentre empadronado y autorizado en el sistema de validación online para cada afiliado. @ |
| 7.4. Topes de cobertura: | • De acuerdo a lo que figure empadronado y autorizado en el sistema de validación online. En cada entrega su farmacia dispensará la cantidad de envases a expender necesaria para 1 (un) mes de tratamiento. El sistema de validación indicará la <u>fecha estipulada para efectuar la próxima entrega</u> de medicación. @ |



8. Autorizaciones Especiales:

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

Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos y/o Plan Materno Infantil, cuando se hallen autorizadas por la Entidad en la receta, con un Formulario de Autorización (según muestra en punto 16) o bien vía fax que la Farmacia deberá adjuntar a la receta.

9. 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.

10. Datos a completar por la farmacia:

10.1. **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.

10.2. Fecha de venta;

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

10.4. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales)

10.5. 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.

10.6. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

10.7. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos;

11. Recomendaciones Especiales:

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

11.2. 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).

11.3. Los troqueles deberán ajustarse a lo siguiente:

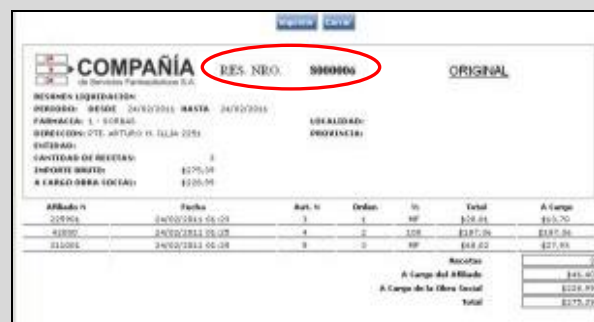
- Encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencias o marcas de sustancias adhesivas).
- Sin signos de desgaste del material en todo o parte del troquel.
- Sin impresiones mediante sellos de cualquier tipo de leyendas legibles o no.
- Sin diferencias en tamaño, grosor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

11.4. Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa;

12. 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 **COMPañÍA**. 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:





**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE SEGURIDAD COMERCIAL,
INDUSTRIAL E INVESTIGACIONES PRIVADAS**



CÓDIGO DE ENTIDAD: 663 – CÓDIGO INTEGRADOR: ospsip

ANEXO I – CIRCULAR 221/24 B

13. Atención de Consultas:

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de **COMPAÑÍA** al (011) 4136-9090 – Fax: (011) 4136-9001. E-mail: info@csf.com.ar, de Lunes a Viernes, de 9:00 a 18:00 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.

14. Muestra de Credenciales:



OS.P.S.I.P.
Obra Social del Personal de Seguridad Comercial, Industrial e Investigaciones Privadas

CONSTANCIA DE TRAMITE DE AFILIACIÓN

Datos del Afiliado Titular

Apellido: [REDACTED] Nombre: [REDACTED] Sexo: [REDACTED] Estado Civil: [REDACTED]

CUIL: [REDACTED] Tipo de Documento: DU

Categoría Laboral: **AFILIADO REGULAR** Nacionalidad: [REDACTED] Extranjero: [REDACTED]

F. de Nacimiento: [REDACTED]

Domicilio: **CURAKALISUE 183 P2 B** C. Postal: **6128**

Teléfono: **4833-8857** Localidad: **CAPITAL FEDERAL**

CUIL: [REDACTED] Fecha de Emisión: [REDACTED]

Datos de los Familiares

| Orden | Parentesco | Apellido | Nombre | Tipo y Nro Documento |
|-------|------------|----------|--------|----------------------|
| | | | | |
| | | | | |

OBSERVACIONES:
constancia 60 días

VALIDO DESDE 26/07/2022 HASTA 26/09/2022

La presente constancia solo será válida si se ha consignado la fecha de emisión, presentando último recibo de sueldo, ticket de pago o fondo de desempleo. Toda enmienda, raspadura o tachadura la deja sin validez.

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD 0800 222 SALUD (72583)
Órgano de Control
www.ssa.gov.ar

Fecha de Emisión :26/07/2022

Dr. Ricardo Bellagio
Interventor
Obra Social del Personal de Seguridad de RA

Inscripción N° 11970-B Registro Nacional de Obras Sociales

Cabe aclarar que en todos los casos el afiliado debe encontrarse habilitado en padrón (según validación online).



**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE SEGURIDAD COMERCIAL,
INDUSTRIAL E INVESTIGACIONES PRIVADAS**



CÓDIGO DE ENTIDAD: 663 – CÓDIGO INTEGRADOR: ospsip

ANEXO I – CIRCULAR 221/24 B

15. Muestra de Recetario Oficial:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE SEGURIDAD COMERCIAL, INDUSTRIAL E INVESTIGACIONES PRIVADAS R.NOS 1-1970-8 TUCUMAN 3685/89 (1189) C.A. DE BUENOS AIRES T.E. - FAX : 4959-6500</p> | | | | <p>HISTORIA CLINICA <small>DATOS A COMPLETAR POR EL PROFESIONAL EN HISTORIAS CLINICAS</small></p> | | <p>COMPLETAR LOS SIGUIENTES DATOS POR LA FARMACIA</p> | |
| <p>FECHA DE EMISION: _____ N° OBRA SOCIAL: _____ N° SINDICAL: _____ EDAD: _____</p> | | | | <p>NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO: _____</p> | | <p>FECHA DE VENTA: _____ FARMACIA: _____</p> | |
| <p>NOMBRE Y APELLIDO: _____ SEXO: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO</p> | | | | <p>DIAGNOSTICO: _____</p> | | <p>DESCUENTO OSPSIP: _____</p> | |
| <p>CANTIDAD RECETADA: _____</p> | | | | <p>SINTOMAS Y/O SIGNOS PRINCIPALES: _____</p> | | <p>DESCUENTO OSPSIP - UPSRA: _____</p> | |
| <p>TAMAÑO: _____ NRO: _____ LETRAS: _____</p> | | | | <p>TIEMPO DE EVOLUCION: _____</p> | | <p>D.N.I. DEL TITULAR: _____</p> | |
| <p>GENERICOS Rp/1: _____</p> | | | | <p>DOSIS DIARIA GENERICO 1: _____</p> | | <p>D.N.I. DE QUIEN RETIRA: _____</p> | |
| <p>GENERICOS Rp/2: _____</p> | | | | <p>DOSIS DIARIA GENERICO 2: _____</p> | | <p>DOMICILIO: _____</p> | |
| <p>DIAGNOSTICO: _____</p> | | | | <p>EMBARAZO: _____ SEMANAS: _____</p> | | <p>TELEFONO: _____</p> | |
| <p>PARTO: _____ CESAREA: _____</p> | | | | <p>R.N.: _____ DIAS: _____ SEMANAS: _____</p> | | <p>FIRMA Y ACLARACION: _____</p> | |
| <p>R.N.: _____ DIAS: _____ SEMANAS: _____</p> | | | | <p>NIÑO/A: _____ MESES: _____</p> | | | |

16. Formulario de autorización:

| | | | | | | |
|---|------------|--|---|-----------------------|-----------------|--------------|
| <p>O.S.P.S.I.P. SOLICITUD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS</p> | | <p>Fecha impresion: _____ Delegación: CAPITAL FEDERAL</p> | | <p>Orden N° _____</p> | | |
| DATOS DEL AFILIADO | | | | | | |
| Afilado: _____ | | N° Afilado: _____ | | DU: _____ | | |
| Edad: _____ | | Telefono: _____ | | | | |
| Dirección: _____ | | Delegación: _____ | | | | |
| DATOS DE LA ORDEN | | | | | | |
| Diagnostico: _____ | | Fecha Orden: _____ | | | | |
| Especialidad: _____ | | Medico: _____ | | | | |
| Prestador: OSPSIP | | SUR: _____ | | | | |
| MEDICAMENTOS | | | | | | |
| RECETA | RP. | Cant. | Medicamento | F.Carga | Us.Carga | Desc. |
| 1 | 1 | X 1 | GLUCOMETRO (1) | 07-02-2024 | CLAUDIAL | 100 % |
| 1 | 2 | X 1 | TIRAS REACTIVAS P/GLUCEMIA (TIRAS REACTIVAS X 50) | 07-02-2024 | CLAUDIAL | 100 % |
| 2 | 1 | X 1 | LANCETAS (102) | 07-02-2024 | CLAUDIAL | 100 % |
| AUTORIZADO A: COMPANIA FARMA | | | | | | |
| OBSERVACIONES | | | | | | |
| FIRMA DEL AFILIADO | | | | | | |

Es válido que se autorice más de una receta en el mismo formulario.



Debe contar con sello y fecha.

En ese sentido, cabe reiterar que en un mismo formulario puede encontrarse autorizada más de una receta.

En ese caso, les recordamos que para su facturación a COMPAÑÍA la farmacia deberá adjuntar un ejemplar del formulario a cada una de las recetas allí autorizadas.