

(30/09/2022)

BONIFICACIÓN

En Diabetes, se hará una bonificación del 10% sobre el PVP de insulinas, tiras reactivas e hipoglucemiantes.

EN PANDEMIA

Se acepta Símil receta (impresa desde algún medio electrónico), excepto que lo recetado sean Psicofármacos.

Deben contar con la leyenda de puño y letra del profesional que prescribe: *“Emergencia COVID 19”*.

Pueden ser recetarios sin membrete.
La validez de la receta puede ser de 60 días.

VALIDACIÓN ON LINE

Todas las recetas, a excepción del Plan Materno Infantil, Autorizaciones Especiales y Vacuna Antigripal del plan No docente, deberán llevar autorización On line. Para lo cual se ingresa el número de afiliado completo, sin guiones.

Para obtener la autorización On Line, se deberá seguir el instructivo correspondiente (Guías de Validación de Cía. de Servicios Farmacéuticos).

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter. (2)	Con Manu al Fco.
Plan Ambulat PMO ó Básico-MEDIMÁS-Estudiantes-Pasantes	40%	60%	SI (2)	NO
Plan Integral	50%	50%	SI (2)	NO
Plan Premium	70%	30%	SI (2)	NO
Plan No Docente UN	40% 70%	60% 30%	SI (2)	NO
Anticonceptivos (4)	100%	0%	SI	NO
Plan Materno Infantil (1-3)	100%	0%	NO	SI
Cobertura Pacientes con Patologías Crónicas, Hipoglucemiantes Orales, Tiras Reactivas de Glucosa en Sangre e Insulinas (7)	70% o 100%	30% o 0%	NO	SI
Autorizaciones Especiales (6)	X%	Y%	NO	SI
Vacunación Antigripal- Plan No docente	100%	0% (5)	NO	SI

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- (2) Formulario terapéutico de la Obra Social.
- (3) El recetario debe decir la leyenda PMI. Se reconocerán medicamentos para estas patologías únicamente con Autorización Previa de OSFATUN, la que debe estar firmada por alguno de los médicos Autorizantes (Ver Listado de Autorizantes) indicando el porcentaje de cobertura. No requiere para ello validación on line, sino que se realiza y se adjunta la DDM.
- (4) Las afiliadas deben estar empadronadas previamente. Validación on line obligatoria.
- (5) Incluye la aplicación. No requiere validación. Se acredita con la receta correspondiente y credencial de plan No Docente. Resto de los planes carecen de cobertura de la

- vacuna antigripal. No requiere autorización de OSFATUN. Se factura la receta en forma manual y se hace una DDM. En el caso de la aplicación, deberá hacerse un ítem separado mediante la opción “fuera de manual”.
- (6) No se valida, requiere una DDM, la que debe reflejar fielmente los datos de la prescripción en cuanto a: fechas, matrícula medica, etc.; De lo contrario puede sufrir débitos.
 - (7) Sólo tendrán cobertura del 70 o del 100 % aquellos afiliados que figuren empadronados.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOST ICO	RECETA	VALI - DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENERICO	NO	PARTICUL AR (A – B - D)	30 días	SI (C)	Sello: SI Manuscrito: NO

- A) La receta deberá llevar de puño y letra del médico:
- A-1) Nombre de la Entidad
 - A-2) Nombre y apellido del paciente
 - A-3) Número de afiliado
 - A-4) Medicamentos recetados por principio activo indicando una marca sugerida, incluida en el Vademécum.
 - A-5) Cantidad de cada medicamento.
 - A-6) Firma y sello con número de matrícula y aclaración.
 - A-7) Fecha de prescripción.
- B) Debe incluir membrete impreso del médico o de Centros de Atención, Instituciones, Emergencias, Sanatorios u Hospitales.
No se aceptarán recetarios SIN MEMBRETE (por ej: recetarios en blanco, de publicidad de medicamentos, etc).
- C) Se deberá colocar la sigla “S/T” si no tuviese troquel. Adherirlos en el orden en que fueron prescriptos. Deben estar en perfecto estado, sin diferencias en tamaño del troquel para un mismo producto, y sin impresiones ni sellos de cualquier tipo de leyendas.
- D) Para anticonceptivos y patologías crónicas: son válidas las prescripciones originales, fotocopias o bien las exhibidas en formato digital. No deben retenerse en la farmacia, pero sí el afiliado debe exhibirla a la receta. Para la primer entrega se respeta la fecha de prescripción. Entregas subsiguientes se ingresa como fecha de prescripción la fecha de venta.
- Se presenta para su facturación el ticket de validación- firmado y los datos del afiliado o tercero completos- y los troqueles adheridos.
- E) Adjuntar ticket fiscal, documento no fiscal Homologado, o Facturas A, B o C.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA	3 (a)
-------------------------	-------

(30/09/2022)

(Rp x Rec.)	
-------------	--

a) NO se cuentan repetidos.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO	
TAMAÑO (a)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	3
SUBSIGUIENTE AL CHICO	3
GRANDE (3º TAMAÑO o más)	3
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	1

(a) Cuando el médico solo prescribe “grande” se entrega la presentación siguiente a la menor.
Si indica la palabra “grande” y la leyenda “tratamiento prolongado”, se entregará el tercer tamaño.
Si equivoca la cantidad y/o contenido, se entrega el tamaño inmediato inferior al indicado.

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- a) Medicamentos excluidos del vademecum.
b) Leches.

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) Medicamentos incluidos en vademécum
b) En Autorizaciones Especiales, reconoce aquellos medicamentos incluidos en el vademécum de OSFATUN, con la debida autorización de la obra social.
c) En Plan Materno Infantil, medicamentos relacionados con el embarazo o puerperio

LEY DE GENÉRICOS

- a) Si se prescribe por nombre genérico (monodroga) se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescrita, en la concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada, incluido en el vademecum.

ENMIENDAS

- a) Todas las enmiendas y/o correcciones que se hagan en el sector de la receta destinado a la farmacia, deberán ser salvadas y el afiliado deberá firmar y aclarar su firma, avalando dicha salvedad.
b) Toda enmienda y/o corrección hecha en la prescripción deberá ser salvada por el médico tratante bajo leyenda: “Digo(lo enmendado)” firmando y sellando el médico nuevamente.
Por ninguna razón se aceptará, con cargos a las entidades, recetas con enmiendas, raspaduras o agregados con distinta lapicera, sino están salvados expresamente por el profesional prescribiente.

AFILIACIÓN

Se acredita con Credencial.

NOMBRE, APELLIDO Y N° DE AFILIACION

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.

PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS

Se pueden presentar hasta 60 DIAS de la fecha de dispensación.

PRESENTACIÓN DE LAS RECETAS

Las recetas que se validan on line deben presentarse separándolas por porcentaje de cobertura, de acuerdo a como el sistema separa las recetas en las respectivas carátulas.

Las recetas que no se validan On Line deben cargarse en la web del validador como declaración de dispensa manual y generar un lote con esas recetas.

LISTADO DE AUTORIZANTES

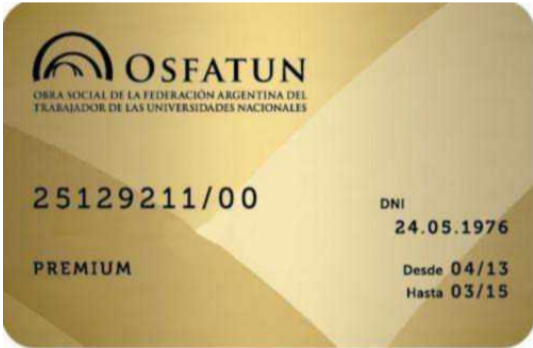
Las únicas personas que podrán efectuar autorizaciones son:

- ALANIZ, VIRGINIA MARÍA.
- ARQUEZ, HECTOR
- ARRIETA, VICTOR RAÚL
- COLOMBATO, ALEJANDRO ARIEL;
- GADEA, EDGARDO
- HERNÁNDEZ, SUSANA;
- LINZEY, MARÍA JOSEFINA;
- MINGOLLA, FRANCISCO HUMBERTO
- MORENO, KAREN;
- MUKDISE, ROSA
- NATAN, ALBERTO;
- PALAZZO, SUSANA;
- PELUDERO, CARLA LORENA (EL SELLO PUEDE DECIR CARLA PELUDERO Ó LORENA PELUDERO)
- Sosa, Mallemaci, Ana
- TOMASSI, DANIEL;;
- VIDAL SUÁREZ, CARLOS;
- VIEYTES, JULIETA.

MUESTRA DE CREDENCIALES



(30/09/2022)



Apellidos y Nombres: _____	 OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES
Afiliado N°: _____	 Sistema Mutual de Salud
DU: _____ Vencimiento: _____	Plan 100 Delegación CABA
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD ORGANO DE CONTROL <small>El Superintendente de Servicios de Salud es el responsable de la gestión y el control de los servicios de salud de la OSFATUN.</small>	Call Center: 0800-666-5173
Autorización: _____	

 Sistema Mutual de Salud	Apellidos y Nombres: _____
 OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES	Afiliado N°: _____
Plan SIGBA Delegación CABA	DU: _____ Vencimiento: _____
Call Center: 0800-666-5173	SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD ORGANO DE CONTROL <small>El Superintendente de Servicios de Salud es el responsable de la gestión y el control de los servicios de salud de la OSFATUN.</small>
Autorización: _____	

Es válido el siguiente modelo de credencial correspondiente a afiliados del plan NO DOCENTE en tránsito. Debe verificarse su habilitación a través del sistema de validación online y proceder a su atención de acuerdo a las normas vigentes

