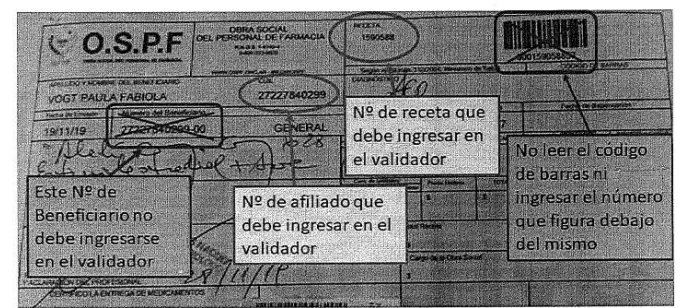


(19/11/2021)

VALIDACIÓN ON LINE DE RECETAS

Todos los Planes, excepto Autorizaciones Especiales deberán llevar AUTORIZACIÓN On Line.

Datos a ingresar para la validación: (Nota: buscar la Obra Social en el Observer como PERSONAL DE FARMACIA)



*Nota: ingresar al Observer Gestión como “Personal de Farmacia....” En la solapa “Obra Social”.

EN PANDEMIA

Se acepta Símil receta (impresa desde algún medio electrónico), la que debe estar acompañada de un recetario oficial de la Obra Social donde están todos los datos del beneficiario y códigos para poder cargar la receta. Cuando corresponda llevar autorización especial, el formulario correspondiente debe estar anexo a la receta. Ver modelo de formulario al final de la presente Norma.

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

Si se prescriben en símil receta psicofármacos o productos con receta archivada, solo tienen una validez de 7 días para su dispensa.

BONIFICACIÓN A CARGO DE LA FARMACIA:

La bonificación que hará la farmacia será:
20% sobre el total de la receta, al afiliado de OSPF
25% sobre el total de la receta, al afiliado de OSPF + Sindicato.

PLANES Y DESCUENTOS

| | a/c Obra Soc. | a/c Benefi- ciario | Con Form. Ter. | Con Manu al Fco. |
|--|---------------------|--------------------------|----------------------|---------------------------|
| Plan Ambulatorio | 40% 70% 100% | 60% 30% 0% | SI (2) | NO |
| Plan Ambulatorio Convenio Colectivo | 40% 70% 100% | 60% 30% 0% | SI (2) | NO |
| Plan Materno Infantil (1) | 100% | 0% | NO (2) | SI |
| Plan Materno Infantil Conv Colectivo (1) | 100% | 0% | NO (2) | SI |
| Anticonceptivos OSPF (3) | 100% | 0% | SI (2) | NO |
| Autorizaciones Especiales (4) | X% | Y% | NO | SI |
| Autorizaciones Especiales Conv Colectivo (4) | X% | Y% | NO | SI |

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
Los recetarios válidos en este plan están identificados con la leyenda “MATERNO INFANTIL”.
- (2) Solo reconoce medicamentos del Formulario Terapéutico de la Obra Social del Personal de Farmacia.
- (3) Plan Anticonceptivos: únicamente para mujeres de entre 11 y 51 años. Fuera de este rango etario los anticonceptivos no poseen descuento. Se valida en Plan Ambulatorio.
- (4) Sólo podrán expendirse productos que no se encuentren en los vademécum, cuando se acompañen con el formulario de autorización emitido por la Obra Social (ver modelo más adelante), que el afiliado recibió por mail o fax.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

| PRESCRIP- CIÓN Por nombre | DIAG NOST ICO | RECETA | VALI - DEZ REC. | TRO- QUEL | FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO |
|---------------------------------|---------------------|------------------------|--------------------------|--------------|-----------------------------------|
| GENERICO | SI | OFICIAL (A-B-C-D-E) | 7 Días | SI (F) | Sello: SI Manuscrito: NO |

- A) Los recetarios deberán llevar sello institucional de la Obra Social.
- B) Plan Ambulatorio: Recetas Blancas
- C) Plan Ambulatorio “Convenio Colectivo” de Color Blanco (Identificados con la leyenda “Convenio Colectivo” en gris)
- D) Se reconocerán como válidos, los datos de afiliación que figuren preimpresos:
 - 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 médico y con la misma tinta:

- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letras (si no se expresa se entregará uno)
 - Diagnóstico (literal o codificado). Su ausencia es causal de debito.
 - Firma y sello con número de matrícula del profesional.
 - Fecha de prescripción
 - Prescripción por nombre genérico o Denominación Común Internacional (DCI- Ley 25649).
- E) En Plan Materno Infantil, receta con sello identificando el Plan.
- F) Cuando el medicamento a entregar no tiene troquel debe pegarse el código de barra. Si éste, viene pintado se coloca S/T en el lugar del troquel.

(19/11/2021)

Para poder validar productos sin número de troquel, autorizados por la auditoría médica, se han determinado los siguientes códigos:

- 300001: MEDICAMENTO SIN TROQUEL
- 300002: DESCARTABLES
- 300003: APLICACIONES
- 300004: LECHES
- 300005: ACCESORIOS
- 300006: FRACCIONADOS
- 300007: MEDICAMENTO FUERA DE ALFABETA

| MEDICAMENTOS POR RECETAS | |
|--|-------|
| MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.) | 2 (a) |

a) NO se cuentan repetidos.

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

a) En una misma receta NO pueden coexistir dos medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.

| PRODUCTOS RECONOCIDOS | |
|---|--|
| a) En todos los planes, medicamentos incluidos en el respectivo formulario terapéutico. | |
| b) Los autorizados por OSPF en los formularios de autorización oficial. | |

| PRODUCTOS NO RECONOCIDOS | |
|---|--|
| En los distintos planes, medicamentos NO incluidos en los respectivos vademecums. | |

| ENMIENDAS | |
|---|--|
| a) Las correcciones de precios deben estar salvadas por la farmacia con sello y firma y avaladas por el beneficiario, quien debe firmar nuevamente. | |

| LEY DE GENÉRICOS | |
|--|--|
| Si se prescribe por nombre genérico (monodroga) se podrá dispensar cualquier nombre comercial y presentación | |

correspondiente a la monodroga prescrita, del Formulario Terapéutico de la obra social., en la concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada.

| AFILIACIÓN | |
|---|--|
| Se acredita con CARNET, documento de identidad y recetario oficial OSPF | |

| FACTURACIÓN | |
|--|--|
| Datos a completar por la farmacia: | |
| <ul style="list-style-type: none">Troqueles. Adjuntarlos de acuerdo al orden de prescripción incluyendo el código de barras. Adherirlos con goma de pegar (no abrochados, no pegados con cinta adhesiva)Número de orden de la recetaFecha de ventaPrecios unitarios y totalesSello y firma de la farmaciaFirma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira:<ul style="list-style-type: none">Nombre completoDomicilioTeléfonoDocumento | |
| La ausencia de estos datos es motivo de débito | |
| <ul style="list-style-type: none">Consignar los importes: total, a cargo de OSPF y a cargo afiliado. | |

Si envía el ticket de validación puede no completar en la receta los datos que se puedan encontrar en el ticket, por ej: fecha de dispensa, totales y a cargo, etc.


| PRESENTACIÓN | |
|--|--|
| Para las presentaciones se deben separar en OSPF y OSPF Convenio Colectivo con los siguientes lotes: | |


- OSPF (Ambulatorio 40/70/100% y anticonceptivos)
 - OSPF PMI
 - OSPF AUTORIZAC ESPEC
- Y los siguientes lotes:
- OSPF CONV COLECTIVO (Ambulatorio 40/70/100% y anticonceptivos)
 - OSPF CONV. COLECTIVO PMI
 - OSPF CONV. COLECT. AUTORIZAC. ESPEC


OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA

(19/11/2021)

| | | |
|---|---|-------------|
|  | 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 | | |

| | | |
|---|---|-------------|
|  | 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 | | |

| | | |
|--|---|-------------|
|  | 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 | | |

| | | |
|--|---|-------------|
|  | 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 | | |

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
SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD

 **Ministerio de
Salud**
Presidencia de la Nación

0800-222-72583 | www.sssalud.gob.ar

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


OSPF

MOD. 46 – NORMAS - Pag. 4

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA

(19/11/2021)


RECETARIOS OFICIALES PARA OSPF a partir del 01-10-2020



O.S.P.F

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA

Recetario
1700381



Apellido y Nombre del Beneficiario

CUIL

Diagnóstico

Fecha de Emisión

Número de Documento

Plan

Sexo

Edad

Fecha de dispensación

21/08/20

GENERAL

F

30

Rp.

Can't. de unidades en Letras en Números

Precio Unitario

TOTAL

DTO. %

MONTO FLUO O.S.P.F.

IMPORTE A CARGO DEL BENEFICIARIO

Rp.

Can't. de unidades en Letras en Números

Precio Unitario

TOTAL

DTO. %

MONTO FLUO O.S.P.F.

IMPORTE A CARGO DEL BENEFICIARIO

Total Receta

A Cargo del Beneficiario

A Cargo de la Obra Social

FECHA DE PRESCRIPCIÓN, FIRMA, SELLO CNRO. MATRICULA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL

CERTIFICO LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS

ROTULO 1

ROTULO 2

ROTULO 3

FIRMA FARMACÉUTICO, SELLO FARMACIA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AFILIADO

ROTULO 4

ROTULO 5

ROTULO 6

DOMICILIO - TELÉFONO

NORMAS DE PRESCRIPCIÓN Y FACTURACIÓN


La presente receta tendrá una validez de 7 días a partir de la fecha de prescripción médica.

Delegación

Importante: este Recetario vence e20/10/20

33 - SALTA


RECETARIOS OFICIALES PARA OSPF CONV COLECTIVO a partir del 01-10-2020



O.S.P.F

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA

Recetario
1700379



Apellido y Nombre del Beneficiario

CUIL

Diagnóstico

Fecha de Emisión

Número de Documento

Plan

Sexo

Edad

Fecha de dispensación

21/08/20

GENERAL

M

54

Rp.

Can't. de unidades en Letras en Números

Precio Unitario

TOTAL

DTO. %

MONTO FLUO O.S.P.F.

IMPORTE A CARGO DEL BENEFICIARIO

Rp.

Can't. de unidades en Letras en Números

Precio Unitario

TOTAL

DTO. %

MONTO FLUO O.S.P.F.

IMPORTE A CARGO DEL BENEFICIARIO

Total Receta

A Cargo del Beneficiario

A Cargo de la Obra Social

FECHA DE PRESCRIPCIÓN, FIRMA, SELLO CNRO. MATRICULA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL

CERTIFICO LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS

ROTULO 1

ROTULO 2

ROTULO 3

FIRMA FARMACÉUTICO, SELLO FARMACIA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AFILIADO

ROTULO 4

ROTULO 5

ROTULO 6

DOMICILIO - TELÉFONO

NORMAS DE PRESCRIPCIÓN Y FACTURACIÓN

La presente receta tendrá una validez de 7 días a partir de la fecha de prescripción médica.

Delegación

Importante: este Recetario vence e20/10/20

33 - SALTA

(19/11/2021)

FORMULARIO PARA EL PLAN AUTORIZACIONES ESPECIALES

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 | | |  90062275000000001824900000000120148837 | |
| Nombre y Apellido : | | | | |
| Domicilio: | | | | |
| Localidad: | | | | |
| Medicamento | | Código | Cantidad | Porcentaje |
| GLIMEPIRIDE 4MG X 30 | | | 1 | |
| 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:/...../..... | | |
| Firma y sello del Medico Auditor | | Diagnóstico: | | |
| Firma del Beneficiario | | Firma, sello y matricula de Efecto | | |