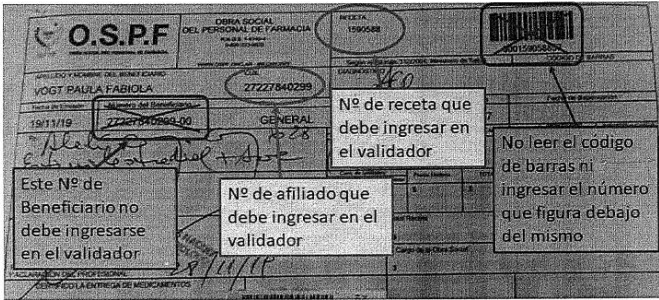


(30/03/2023)

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”.

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.
Algunas autorizaciones pueden encontrarse en forma manual (en la misma receta) y hechas por la misma

auditoria médica detallando porcentaje autorizado, cantidad de envases y firma y sello de la auditoria médica.

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) o PARTICUL AR	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.
Para poder validar productos sin número de troquel, autorizados por la auditoria 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

(30/03/2023)

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:

- 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 receta
- Fecha de venta
- Precios unitarios y totales
- Sello y firma de la farmacia
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira:
 - Nombre completo
 - Domicilio
 - Teléfono
 - Documento
- La ausencia de estos datos es motivo de débito
- 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:

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

CREDENCIALES VIGENTES

(30/03/2023)



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



Obra Social
del Personal de Farmacia

RNOS 107404

CUIL:


APELLIDO:

NOMBRE:


TIPO DOC :

FECHA DE EMISION: 12/09/2019

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

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

(30/03/2023)


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 FUO O.S.P.F.

IMPORTE A CARGO DEL BENEFICIARIO

Rp.

Can't. de unidades en Letras en Números

Precio Unitario

TOTAL

DTO. %

MONTO FUO 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 FUO O.S.P.F.

IMPORTE A CARGO DEL BENEFICIARIO

Rp.

Can't. de unidades en Letras en Números

Precio Unitario

TOTAL

DTO. %

MONTO FUO 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

(30/03/2023)

FORMULARIO PARA EL PLAN AUTORIZACIONES ESPECIALES



O.S.P.F
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA

Centro Operativo: SANTA CRUZ

Página: 1 / 1

Tipo de Trámite: MEDICAMENTO

Trámite Nro.: 1201488

Prioridad: TRÁMITE NORMAL

Fecha: 07/08/18

ORIGINAL

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

Nombre y Apellido ,

Domicilio:

Localidad:



90062275000000001824900000000120148837

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

Firma y sello del Medico Auditor

Firma del Beneficiario

Fecha de atención:/...../.....

Diagnóstico:

.....

Firma, sello y matricula de Efecto