

(01/03/2023)

INTRODUCCIÓN

Sólo funciona como Coseguro de OSFATLYF Plan PMO (40%) y PMO Especial (40%).

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	A/c Sindi- cato	a/c Beneficia- rio	Con Form. Ter.	Con Manual Fco.
Ambulatorio	X%	30%	Y% (a)	SI (1)	NO

(a) Y% = PVP - X% - 30%

(1) Formulario terapéutico de la Obra Social Luz y Fuerza (OSFATLYF).

RECETARIO - PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOST ICO	RECE TA	VALI DEZ REC	TROQ UJEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
COMERCIAL o GENERICO	NO	OFICIAL (A-B-C-E)	30 días		Sello: SI Manuscrito: NO

A) Deben figurar los siguientes datos, cumplimentados por la Seccional que lo entrega:

- (A-1) Apellido y nombre del beneficiario.
- (A-2) Número de afiliado.
- (A-3) Número de beneficiario.
- (A-4) Edad (no obligatorio)
- (A-5) Sexo (no obligatorio)
- (A-6) Sello y firma Seccional.

- B) La farmacia debe colocar el número de orden de la receta.
- C) La receta del Sindicato se debe acompañar de una fotocopia del ticket de validación online de la respectiva receta de la Obra Social Luz y Fuerza a la cual complementa.
- D) En el caso de que la receta de OSFATLYF lleve autorización previa, se deberá adjuntar fotocopia de la autorización del Médico Auditor con sello de la Obra Social, en tercera hoja.
- E) El médico no interviene la receta del Sindicato, por lo que la farmacia deberá completar el resto de los campos:
 - (E-1) Fecha de prestación.
 - (E-2) Código de Farmacia
 - (E-3) Nro de Orden.
 - (E-4) Importes y cantidad de medicamentos.
 - (E-5) Firma y sello de la Farmacia.

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) (a)	2
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5

ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	1
------------------------------	---

- a) Se reconocerán hasta 2 medicamentos de tamaño grande o subsiguiente al chico por receta. Si en un Rp, están prescritos 2 medicamentos de tamaño grande o subsiguiente al chico, en el otro Rp, solo se podrá dispensar un medicamento de tamaño chico.
- b) Se debe especificar la concentración, unidades y tamaño de cada medicamento. Cuando el profesional no especifique claramente concentración y/o unidad y/o tamaño, se entregará el de menor concentración y/o unidad y/o tamaño según corresponda.
- c) Cuando el profesional prescriba grande sin otra especificación, se dispensará el tamaño subsiguiente al chico.

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- a) Medicamentos excluidos del Formulario Terapéutico OSFATLYF.
- b) Medicamentos del Formulario Terapéutico OSFATLYF PLAN ESPECIAL 25%.

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) Medicamentos que figuren en el Formulario Terapéutico OSFATLYF y a los que OSFATLYF cubra el 40% (Es decir, si OSFATLYF cubre más del 40%, el medicamento no tiene cobertura por parte del Sindicato).

ENMIENDAS

- a) Todas las enmiendas 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.

AFILIACIÓN

Se acredita con CARNET, documento de identidad y receta oficial.

NOMBRE, APELLIDO Y N° DE AFILIACION

Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto la farmacia debe aclararlo al dorso en forma correcta, indicando junto al número consignado por el médico la frase "VER AL DORSO". El beneficiario debe firmar nuevamente como muestra de conformidad.

La persona que retira los medicamentos (afiliado o tercero interviniente) debe marcar beneficiario o 3º interviniente, firmar aclarando nombre completo, domicilio y número de documento. La ausencia de estos datos es causal de débito.

PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS

Toda receta no presentada en el mes correspondiente podrá ser presentada hasta el mes siguiente. Pasado dicho plazo serán rechazadas.

(01/03/2023)

MODELO DE RECETARIO

A COMPLETAR POR LA DELEGACION

A COMPLETAR POR LA FARMACIA

A COMPLETAR POR EL AFILIADO

SINDICATO DE LUZ Y FUERZA DE MERCEDES (B)									
COSEGURO									
Nº AFILIADO					FORMULARIO Nº				
					00010739				
NUMERO DE BENEFICIARIO							EDAD		SEXO
									F M
APELLIDO Y NOMBRE									
FECHA PRESTACION			CODIGO DE FARMACIA				Nº DE ORDEN		
CANTIDAD RECETADA	% COSEGURO		PRECIO UNITARIO						
30			6390						
CANTIDAD ENTREGADA			PRECIO TOTAL						
CANTIDAD RECETADA	% COSEGURO		PRECIO UNITARIO						
30									
CANTIDAD ENTREGADA			PRECIO TOTAL						
TOTAL RECETA									
30% A CARGO COSEGURO									
Seña y Firma Farmacéutico									
BENEFICIARIO <input type="radio"/> 3º INTERVINIENTE <input checked="" type="radio"/>									
FIRMA DEL AFILIADO ACLARACION DOMICILIO Nº DE DOCUMENTO									