

(10/08/2023)

Todas las recetas deberán contar con autorización (Validación) On Line, excepto aquellas que cuentan con una Autorización Especial, las que no se validan y se debe hacer una declaración de dispensa manual (DDM).

Se valida ingresando como número de beneficiario su número de DNI.

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Soc.	a/c Benefi- Ciario	Con Form Ter. (1)	Con Manua l FCO
General On line (2)	Según validac ión on line	x	SI	NO

(1) Formulario Terapéutico OSPIF.

(2) Comprende los planes Básico, PMI y crónicos.

*Autorizaciones Especiales: La autorización puede encontrarse en la misma receta o vía fax, firmada por alguna de las siguientes personas:

- Guillermo F. Cisterna-Presidente
- Elena Verdún-Secretaria de Acción Social
- Dr. Martín Hansen- Auditor médico (MN 78846)

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAGNOS TICO	RECETA (A-C)	VALI - DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLAR. DEL MEDICO
GENERICO (D-E)	NO	OFICIAL o PART.	30 días	SI (B)	Sello: SI Manuscrito:NO

(A) Para plan PMI recetario oficial únicamente. Resto de los planes puede ser recetario oficial o particular.

(B) Los troqueles deben adherirse a la receta en el mismo orden de la prescripción.

En el caso de recetas autorizadas y/o derivadas o habilitadas los troqueles se agregarán al dorso, manteniendo el orden en que fueron prescritos los medicamentos.

(C) Recetarios del Programa Nacional de diabetes: Color celeste.

(D) Según Resolución 326/2002 del Ministerio de Salud de la Nación (Ver Circular 27/2002).

(E) No acepta prescripción por nombre comercial.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

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

a) NO se cuentan repetidos.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

TAMAÑO (a-b-c)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	2
SUBSIGUIENTE AL CHICO	2
GRANDE (3° TAMAÑO o más)	2
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	2

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

b) Cuando se prescriba grande sin otra especificación se entregará el de 2° tamaño (si hay 2 tamaño) y se entregará el de 3° tamaño (si hay 3 tamaños). En ambos casos deberá constar, de puño y letra del médico, la leyenda "TRATAMIENTO PROLONGADO".

c) Lo indicado en los puntos (a) y (b) se exceptúa cuando lleven la autorización del "Departamento de Auditoría Médica"

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

a) Medicamentos cuyos principios activos y presentaciones se encuentren excluidos del Formulario Terapéutico OSPIF.

b) Alimentos y productos dietéticos. Excepto leches con autorización previa de OSPIF Central.

c) Anticonceptivos hormonales y espermicidas de uso local.

d) Antiestrogénicos.

e) Antihemofílicos (Factor VII, Factor VIII, Factor IX, etc).

f) Artículos de Perfumería. Productos para la estética corporal.

g) Callicidas.

h) Cremas dérmicas, aún las del Formulario Terapéutico.

i) Formulas magistrales y preparados homeopáticos.

j) Hemoderivados y expansores plasmáticos.

k) Hormonas de crecimiento (Somatotropina, etc).

l) Inmunosupresores.

m) Jabones.

n) Leches enteras y maternizadas.

o) Material de curación (Vendas, gasas, alcohol, etc).

p) Material descartable.

q) Medicación anti SIDA.

r) Medicamentos y productos de presentación y/o uso hospitalario.

s) Medicamentos y productos de venta libre.

t) Oncológicos y coadyuvantes (ej: Agonistas LHRH, Antiandrógenos, Antibióticos antineoplásicos, antiheméticos, Anticariotóxicos, eritropoyetinas, factor recombinante humano, factores estimulantes de colonia, inmunomoduladores, homonoterapia antineoplásica, rescate de antifólicos, etc.)

u) Pastas, polvos o líquidos dentífricos, formulas o articulos para limpiar o fijar dentaduras.

v) Productos para el tratamiento de la disfunción sexual masculina (Ej Alprostadil, Fentolamina, sildenafil, Yohimbina, etc.)

w) Productos para el tratamiento de la enfermedad de Gaucher (Ceredase, etc).

x) Productos para el tratamiento de la enfermedad fibroquística (D'Nasa, etc).

y) Productos para el tratamiento de la obesidad. Anorexígenos (Ej. Fenilpropanolamina, mazindol, Orlistat, Sibutramina, etc.)

z) Productos que contengan Acetilcarnitina, Etarnecept, Linezolid, Palivizumab

aa) Productos sin troquel.

bb) Vacunas.

cc) Vitamina D3.

PRODUCTOS RECONOCIDOS

a) Medicamentos cuyos principios activos y presentaciones se encuentren incluidos en el Formulario Terapéutico OSPIF.

b) Medicamentos cuyos principios activos y presentaciones se encuentren excluidos del

(10/08/2023)

- c) Formulario Terapéutico OSPIF, pero que se encuentren previamente autorizados por OSPIF Central.
- d) Leches medicamentosas, 4 kilos por mes hasta el tercer mes de vida, con previa autorización de OSPIF Central.
- e) Alimentos infantiles, con previa autorización de OSPIF Central.

LEY DE GENÉRICOS

- a) Se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga y presentación prescripta, siempre que estas figuren en el formulario terapéutico OSPIF.

ENMIENDAS

Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible, se encuentre incompleto y/o la denominación de la entidad haya sido omitida por el médico, 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.

Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción debe estar salvadas por el médico con su firma y sello.

AFILIACIÓN

Se acredita con CARNET, DNI y recibo de sueldo con no más de 90 días de vigencia.

CIERRE ELECTRÓNICO DE LOTES

El cierre debe realizarse a través de la página www.plataformacsf.com. Todas las recetas deben incluirse en un cierre de lote. De igual modo se procede con las Declaraciones de Dispensa manual.

MUESTRA DE RECETARIO OFICIAL

Confirma la regulación vigente PMSO (Res. 201/2002) y su acceso (Res. 363/2002) las prescripciones se deben realizar en base a Prescripción de Genéricos del Principio Activo.

Obras Sociales para el Personal de la Industria Fideera (O.S.P.I.F.)		C.C.P. N° 410253		CÓDIGO DE ENTIDAD 1-0790	
FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE EXPIRACIÓN	FORMA DE ENTREGA	CÓDIGO DE FARMACIA	N° de CARNET	
APELLIDO Y NOMBRE		PRECIO UNITARIO	IMPORTE	% del 0.35%	
Pb.				ROTULO 1	
Pb.				ROTULO 2	
Pb.				ROTULO 3	
FORMA PROFESIONAL		Sello de entrega de los medicamentos facturados		Sello de entrega	
Sello de entrega de los medicamentos facturados		Sello de entrega		Sello de entrega	
ROTULO 4	ROTULO 5	ROTULO 6	ROTULO 7	ROTULO 8	ROTULO 9

CREDENCIAL VIGENTE

	Rio de Janeiro 55 Capital Federal 49010575	Beneficiario N° 357315-00-00 PLAN BASICO
	Beneficiario: AFILIADO PRUEBA CREDENCIAL titular: AFILIADO PRUEBA CREDENCIAL Seccional: CAPITAL FEDERAL-DIRECTOS CUIL: 20450000001	
Razon Social: OSPIF CUIT: 30661691707		VENCE: 01/06/2023