

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA

(22/08/2024)

VALIDACIÓN ON LINE DE RECETAS

Todos los Planes deberán llevar AUTORIZACIÓN On Line.

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



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

- 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".
- Solo reconoce medicamentos del Formulario Terapéutico de la Obra Social del Personal de Farmacia.
- 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.**
- 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. Dicha receta debe validarse tildando en el campo "AUT" del Observer Gestion e ingresando el % de cobertura autorizado.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

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

- Plan Ambulatorio: Recetas Blancas
- Plan Ambulatorio **"Convenio Colectivo"** de Color Blanco (**Identificados con la leyenda "Convenio Colectivo" en gris**)
- 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).
- En Plan Materno Infantil, receta con sello identificando el Plan.
 - 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

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	2 (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

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA

(22/08/2024)

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 prescripta, 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.

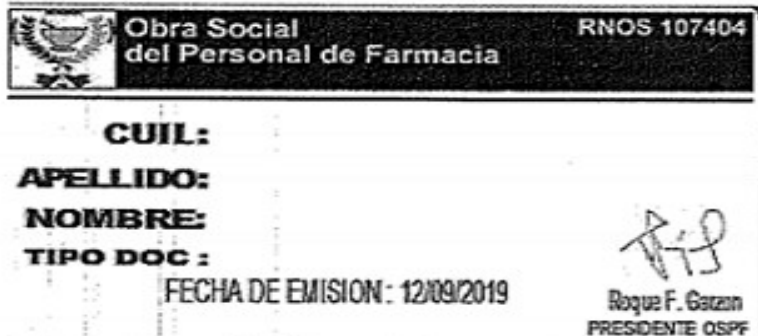
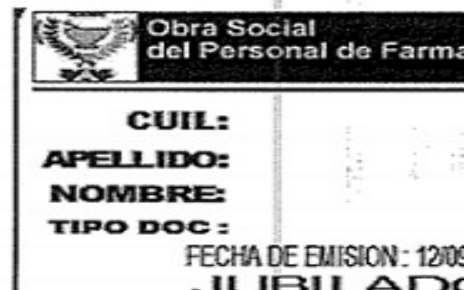
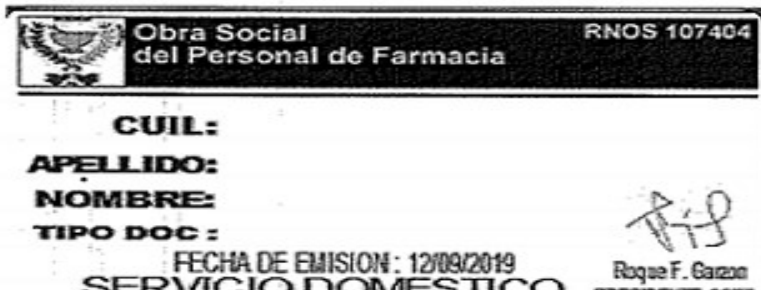
Si envía el ticket de validación puede no completar en la receta los datos que se puedan encontrar en el ticket, por ej: fecha de dispensa, totales y a cargo, etc.

PRESENTACIÓN

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

- 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

CREDENCIALES VIGENTES



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

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA

(22/08/2024)

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

Recetario
1700381

Apellido y Nombre del Beneficiario: _____ CUIL: _____ Diagnóstico: _____

Fecha de Emisión: **21/08/20** Número de Documento: _____ Plan: **GENERAL** Sexo: **F** Edad: **30** Fecha de dispensación: _____

Rp.		Cant. de unidades		Precio Unitario	TOTAL	DTO. %	MONTO FLOJO O S.P.F.	IMPORTE A CARGO DEL BENEFICIARIO
en Letras	en Números							
				\$	\$			
				\$	\$			

Total Receta: \$ _____ A Cargo del Beneficiario: \$ _____
A Cargo de la Obra Social: \$ _____

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

CERTIFICO LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS

FIRMA FARMACÉUTICO, SELLO FARMACIA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AFILIADO

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 e**20/10/20**

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: **21/08/20** Número de Documento: _____ Plan: **GENERAL** Sexo: **M** Edad: **54** Fecha de dispensación: _____

Rp.		Cant. de unidades		Precio Unitario	TOTAL	DTO. %	MONTO FLOJO O S.P.F.	IMPORTE A CARGO DEL BENEFICIARIO
en Letras	en Números							
				\$	\$			
				\$	\$			

Total Receta: \$ _____ A Cargo del Beneficiario: \$ _____
A Cargo de la Obra Social: \$ _____

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

CERTIFICO LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS

FIRMA FARMACÉUTICO, SELLO FARMACIA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AFILIADO

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 e**20/10/20**

FORMULARIO PARA EL PLAN AUTORIZACIONES ESPECIALES

(22/08/2024)




Centro Operativo: SANTA CRUZ

Página: 1 / 1

Tipo de Trámite: MEDICAMENTO	Trámite Nro.: 1201488	ORIGINAL
Prioridad: TRÁMITE NORMAL	Fecha: 07/08/18	

DATOS DEL BENEFICIARIO		
Nombre y Apellido: ██████████	Nro. Beneficiario: 20187851069-00	
Documento: DN ██████████	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	

TRAMITE AUTORIZADO

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
---	------------------------	---