

(25/09/2024)

**BONIFICACIÓN**

En Diabetes, se hará una bonificación del 10% sobre el precio de venta al público (PVP) de insulinas, tiras e hipoglucemiantes.

**VALIDACIÓN ON LINE DE RECETAS**

Las recetas de todos los planes deberán llevar **AUTORIZACIÓN On Line.**

Para obtener la autorización On Line, se deberá seguir el instructivo correspondiente (Ver Guía de Validación CSF).

**PLANES Y DESCUENTOS**

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
Básico/Gama+Fondo Compensador	40%	60%	SI (2)	NO
Básico/Gama/Intermedio Krono	40% 50%	60% 50%	SI (2)	NO
Fondo compensador (ver Norma 124)(5)	20%			
Plan Materno Infantil (1)	100%	0%	SI (2)	NO
Anticonceptivos	40% 50% 100%	60% 50% 0%	SI (2)	NO
Patologías Crónicas, Hipoglucemiantes Orales, Insulinas y Tiras reactivas	MF(3) 70% 100%	D (3) 30% 0%	SI (2)	NO
Autorizaciones Especiales (4)	X	Y	NO	Si
Leches (6)	100%	0%	NO	Si
Superior Quantum	50%	50%	SI (2)	NO
Superior+Fondo compensador	50%	50%	SI (2)	NO

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- (2) Formulario terapéutico de OSTEL.
- (3) Pvp= Precio de Venta al Público  
MF= Monto fijo indicado en el vademécum  
D= PVP-MF
- (4) La prescripción deberá estar previamente autorizada (ver modelos de formularios de autorización al final de la presente norma). Estas recetas no se validan, debe efectuarse declaración de dispensa. Se presenta la receta + el formulario de autorización + la DDM.
- (5) Se aplica en forma adicional al descuento general (40% o 50%) de los afiliados identificados con la sigla FC en el Padrón de Habilitados. No es válido para la cobertura de pacientes con patologías crónicas, PMI, ni ninguna otra cobertura distinta a la general. El sistema de validación calcula automáticamente el descuento adicional.
- (6) Para afiliados menores de 6 meses. Previo reempadronamiento.

**RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL**

PRESCRIPCIÓN Por nombre	DIAGNOSTICO	RECETA	VALIDACIÓN - DEZ REC.	TROQUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENÉRICO (D)	NO	PARTICULAR, ELECTRÓNICA O DIGITAL (A-B-E-F-G-H)	60 días	SI (C)	Sello: SI Manuscrito: NO

- A) Deben figurar de puño y letra del médico:
  - A-1) Nombre de la Entidad (OSTEL ENSALUD), en recetarios particulares.
  - A-2) Nombre y apellido del paciente.
  - A-3) Número de afiliado
  - A-4) Medicamentos recetados por principio activo.
  - A-5) Cantidad de medicamentos prescritos (cuando se prescriba más de uno, deberá aclararse en números y letras)
  - A-6) Firma y sello del médico, con número de matrícula y aclaración.
  - A-7) Fecha de prescripción.

Deberá cargarse un número de receta (cualquiera) de un dígito en el caso de no poseer nro de receta. La ausencia de tal acto será motivo de débito.

- B) Colocar en el frente de la receta:
  - B-1) El número de orden por fecha de dispensación. No son válidos aquellos recetarios que carecen de numeración.
  - B-2) El código de autorización si correspondiere.
- C) Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo. Los troqueles se deben colocar en el mismo orden de prescripción, adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva).
- D) Indicando marca sugerida incluida en vademécum.
- E) Recetarios electrónicos que contengan código de barra, QR, etc. Con firma y sello digital del médico. El afiliado debe llevar la receta impresa y la farmacia cargar todos los datos correspondientes al momento de ingresar para validar. Las mismas cuentan con un número de recetario debajo de un código de barras. Ese número debe cargarse como número de receta al momento de ingresar los datos para validar. La ausencia de este acto será motivo de débito.
- G) Recetarios con prescripción pre impresa total o parcial, sin código de barras o QR, pero sí con el sello y la firma del médico en original.
- H) Con cada receta se deberá adjuntar copia del documento no fiscal homologado para uso de obras sociales (copia adicional del ticket fiscal o ticket factura) y si las farmacias no disponen de impresora fiscales que emita tercer comprobante, solo DEBERAN COLOCAR EN LA RECETA EL NUMERO DE TICKET O COMPROBANTE FISCAL QUE RESPALDE LA VENTA DEL MEDICAMENTO RECETADO EN LA RESPECTIVA RECETA.

**MEDICAMENTOS POR RECETAS**

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	3 (a)
-------------------------------------	-------

- A) NO se cuentan repetidos.

**UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO**

TAMAÑO (a)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	1 (b)
SUBSIGUIENTE AL CHICO	1 (b)
GRANDE (3º TAMAÑO o más)	1 (b)
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	1 (c)

- a) En una misma receta pueden coexistir dos o más medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.
- b) Debe llevar la leyenda:"TRATAMIENTO PROLONGADO", de puño y letra del médico, cuando se

**(25/09/2024)**

prescriban dos (2) unidades por medicamento de tamaño chico o uno (1) de tamaño subsiguiente al chico o grande. No se acepta la abreviatura: "T.P."

- c) El menor número posible de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas. Por ejemplo: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expanderse 3 (tres) envases = 6 (seis) ampollas.

**PRODUCTOS NO RECONOCIDOS**

- a) Medicamentos excluidos de vademécum.
- b) Leches maternizadas.

**PRODUCTOS RECONOCIDOS**

- a) Medicamentos que figuren en el vademecum OSTEL y que figuren con expresa cobertura en cada plan.
- b) Leches medicamentosas: cobertura según validación ON LINE.
- c) Anticonceptivos: cobertura según validación ON LINE.
- d) Vacunas antigripales al 100% con autorización previa, sino, tendrán el descuento indicado en vademécum.

**ENMIENDAS**

Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción deben estar salvadas por el profesional con su firma y sello, o bien por cualquiera de los médicos auditores de OSTEL, detallados en esta Norma.

Cuando en una receta el número de afiliado sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia debe repetirlo al dorso, en forma clara y correcta, indicando junto al número consignado por el prescriptor la frase "ver al dorso". El afiliado debe firmar nuevamente en prueba de conformidad.

**AFILIACIÓN**

Se acredita con credencial definitiva o provisoria y documento de identidad.

En el caso de que se utilice credencial provisoria, verificar fecha de vencimiento y se debe adjuntar copia de la misma a la receta.

*Las constancias de afiliación no son válidas para la cobertura farmacéutica.*

**PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN**

La farmacia deberá adjuntar obligatoriamente a la receta el ticket de validación on line. Por lo contrario, OSTEL debitará dichas recetas.

Las recetas de los planes que se validan On Line, deberán presentarse de acuerdo a lo indicado en la Guía de Validación on Line Respectiva.

El resto de las recetas, es decir las que no se validan on line, se deben presentar en un único plan mixto, es decir sin separarlas por porcentaje de descuento, colocando a cada receta el número de orden por fecha de dispensación. El porcentaje de descuento aplicado a cada medicamento debe figurar en el ticket de venta o bien agregado junto a la prescripción en forma manuscrita.

**Sobre la cobertura del Fondo Compensador Telefónico:**

Debe presentarse como parte de la facturación de OSTEL-ENSALUD, sin separar de esta pero en un lote aparte. No se requiere fotocopia de la receta de OSTEL ENSALUD.

**MODELOS DE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

**Detalle de la Solicitud 518481**

Obra Social	Afinidad	Zona	Plan	RD Opcio
Extra Capita	NO			
Afiliado	DOMICILIO :			
Recetario	Fecha Receta:	Fecha Solicitud:		
	Fecha Internación:	Derivante:		
Sede EFECTOR	Domicilio:	Tel:	Localidad: -	

**DIAGNOSTICOS (CIE10)**

Codigo	Descripcion

**PRACTICAS**

Codigo	Descripcion	Solicitado Autoriz

**Observación**

Esta autorización CARECERÁ de valor y las prestaciones NO SERÁN ABONADAS si la TOTALIDAD DE LOS DAÑOS CONSIGNADOS no coinciden con la orden médica original. Asimismo se le recuerda que a ítems ingresados se le adicionará 660998 (Recepción y toma de muestra) y descartable) cuando corresponda.

**Detalle de la Solicitud 1102846 AUTORIZADO**

Obra Social	Afinidad	Zona	Plan
OSTEL	OSTEL-ACT	UNICA	DELTA_PLUS
Extra Capita	NO		
Afiliado	58412 Documento: DOMICILIO : -		
Recetario	Fecha Receta:	Fecha Solicitud:	
	Fecha Internación:	Derivante:	
Sede EFECTOR	Compañía de Servicios Farmaceuticos - Droguería Domicilio: Rincon 40 P. 0 Dpto. 0 - BALVANERA - CABA - Ciudad Autónoma de CABA Tel: Localidad: BALVANERA - CABA		

**DIAGNOSTICOS (CIE10)**

Codigo	Descripcion
F23	Trastornos psicoticos agudos y transitorios

**PRACTICAS**

Codigo	Descripcion	Solicitado Autoriz
900218	MEDICACION	4

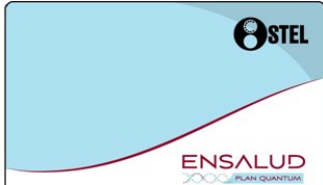
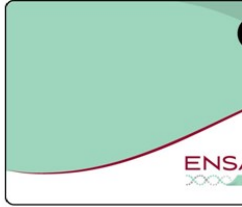
**Observación**

Se autoriza: 2- cajas de [redacted] x 28 c. 1 -caja de [redacted] c. 1-caja de [redacted]  
Cobertura 100% [redacted] - Red de CS

Esta autorización CARECERÁ de valor y las prestaciones NO SERÁN ABONADAS si la TOTALIDAD DE LOS DAÑOS CONSIGNADOS no coinciden con la orden médica original. Asimismo se le recuerda que a ítems ingresados se le adicionará 660998 (Recepción y toma de muestra) y descartable) cuando corresponda.

**MODELOS DE CREDENCIALES**

(25/09/2024)



Central de Atención  
**OSTEL**  
Módulo Activo

Credencial Provisoria Nro: 10797

GRUPO FAMILIAR

ORTIZ J	M	ENI	72	J04	
ORTIZ J	M	ENI	72	J03	
MUNOZ M		ENI	72	J03	
ACUÑA M	R	M	ENI	72	J04