

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD

(28/11/2024)

VALIDACIÓN ON LINE DE RECETAS

Todos los planes deberán llevar AUTORIZACIÓN On Line.

Cargar la credencial de esta forma:



27147002225/0



27261202331/2

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manual Fco.	Se Valida On Line
Ambulatorio	40%	60%	SI (3)	NO	SI
Tabaquismo (7)	70%	30%	SI (4)	NO	NO
PMI (1)	100%	0%	SI (3)	NO	SI
Crónicos (2)	70%	30%	SI (5)	NO	SI
Crónicos Anticonceptivos (2)	100%	0%	SI (6)	NO	SI
Crónicos Preservativos	100%	0%	(8)	NO	SI
Crónicos Discapacidad	100%	0%	NO	SI	SI
Crónicos Planes Especiales (7)	X%	Y%	NO	SI	SI
Crónicos PMI	100%	0%	SI (3)	NO	SI

- Cubre embarazo a partir del tercer (3º) mes de gestación y hasta el 1er mes posterior al parto; y al bebé hasta el año de vida.
- Se podrán entregar los medicamentos necesarios para cubrir dos (2) meses de tratamiento, si el validador lo autoriza.
- Formulario terapéutico AMBULATORIO de la Obra Social.
- Formulario terapéutico TABAQUISMO de la Obra Social
- Formulario terapéutico CRÓNICO de la Obra Social. El sistema efectuará el 70% de descuento en función de un precio de referencia establecido según resolución 27/2022.
- Formulario terapéutico ANTICONCEPTIVOS de la Obra Social. Pueden estar prescritos por cualquier médico.
- Con Autorización de Director Médico y/o Auditor Médico y/o Responsable de Delegación en la misma receta o fax adjunto. (La misma deberá contener: porcentaje de cobertura, Fecha de Autorización, Medicamentos autorizados, Firma y aclaración del autorizante).
- OSPSPA cubre hasta quince mil pesos (\$15000) mensuales.

Ante cualquier inquietud con relación a la atención de los beneficiarios podrá comunicarse al 0800-999-7264; y por afiliados con medicación crónica pueden consultar en Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas prevalentes (Nutrar) al 0810-345-6887.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIPCIÓN Por nombre	DIAGNOSTICO	RECETA	VALIDEZ REC.	TROQUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENÉRICO (A)	SI	PARTICULAR o DIGITAL (B-C-D-F-G)	(E)	SI	Sello: SI Manuscrito: NO

- Nombre genérico o denominación común internacional.
- Recetario oficial** (con fecha de vencimiento) con número preimpreso, en tinta roja, azul o negra, en la parte inferior del recetario y fuera del recuadro del contorno del mismo (ver este y otros modelos de receta mas adelante). Colocar la fecha de venta debajo de la de prescripción del médico.

Con impresión por computadora de Apellido y Nombre y n° de beneficiario (CUIL). Esos datos podrán estar manuscritos, por lo que la prescripción del profesional podrá ser con otra letra y tinta. Al igual que los datos de Domicilio y Localidad que los puede completar el profesional o la Delegación.

Recetario Digital Uma: ver modelo más adelante.

Recetario particular: hospital nacional, provincial, municipal, centros médicos, clínicas y sanatorio con membrete original.

De cualquier medico con membrete preimpreso en original

Deben tener como mínimo los siguientes datos:

- Número de CUIL del afiliado
 - Nombre completo del afiliado
 - Prescripción de medicamentos por monodroga
 - Cantidad en número y letras
 - Indicar tratamiento prolongado si corresponde
 - Fecha de prescripción
 - Firma y sello del médico
 - Diagnóstico
- PMI. Los recetarios deben llevar la leyenda "PLAN MATERNO INFANTIL" mediante sello.

D. RECETAS POR MES CALENDARIO:

- AMBULATORIO Se permitirán 2 (dos) recetas.
- PMI Se permitirán 3 (tres) recetas.

Para mayor consumo solicitar autorización a OSPSPA (0800-999-7264).

E. **Recetario Oficial** ver fecha de vencimiento preimpresa o manuscrita en el recetario. Para poder dispensar, no debe estar vencida.

Recetario Particular: 30 días corridos desde la fecha de prescripción.

- Recetarios con descuentos mixtos (de cronicidad y ambulatorio en una sola receta): podrán aceptarse, debiendo presentar una fotocopia de la receta, la que se usará para facturar el medicamento de menor descuento; Y la receta original se utilizará para el medicamento de mayor porcentaje de cobertura. En este caso para la presentación colocar las copias en el lote que le corresponde de acuerdo a su porcentaje. En la fotocopia que se utiliza para facturar el medicamento de menor

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD

(28/11/2024)

cobertura, indicar en forma manuscrita que la receta original se encuentra en la presentación de porcentaje mayor. Obligatoriamente ambas copias se deberán presentar en el mismo período.

G. Para la compra de Preservativos, la farmacia no presenta receta, sí el ticket de validación, el que debe ser firmado y conformado por quien retira. La farmacia solicita al Centro de Seguimiento (0800-345-3276) un código de autorización, el que deberá transcribirlo al ticket en su margen superior. Se le adjuntará además el ticket fiscal.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	3 (a)
En plan TABAQUISMO	2

- NO se cuentan repetidos.
- En los planes que se validan on line no se tendrán en cuenta las limitaciones de cantidad de unidades por receta.
- En el PMI los productos comerciales en forma farmacéutica comprimidos, tabletas, cápsulas o grageas, NO GOZAN de descuento para la cobertura de recién nacidos (menores de un año).

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

TAMAÑO (a-b-c-d)	CANTIDAD AD	CON Trat Prolong
CHICO o UNICO	1	2
SUBSIGUIENTE AL CHICO	1	2
GRANDE (3° TAMAÑO o más)	1	2
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5	
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS (*)	Lo requerido	

(*) Lo requerido, combinando la menor cantidad de envases posibles.

- Debe llevar la leyenda: "TRATAMIENTO PROLONGADO", de puño y letra del médico, cuando se 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."
- 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.
- Cuando el profesional prescriba grande sin otra especificación, se dispensará el tamaño subsiguiente al chico.
- Si el profesional erra contenido, se dispensará el inmediato inferior al indicado.

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- Leches de todo tipo (enteras, en polvo o maternizadas o medicinales), aunque la receta esté autorizada.
- En el PMI, formas farmacéuticas como comprimidos, cápsulas, no están reconocidos en el PMI niño.

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- Medicamentos incluidos en los formularios terapéuticos de OSPSA.
- Medicamentos autorizados con firma y sello de personal autorizado (excepto leches de todo tipo).

LEY DE GENÉRICOS

- Al prescribir por nombre genérico (monodroga) se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescrita que tenga igual concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada.
- Al prescribir por nombre genérico (monodroga) y sugerir un nombre comercial (prescripción por marca), se permite el reemplazo por otros nombres comerciales que figuren en el Manual Farmacéutico o Guía Kairos., siempre que tengan igual: Monodroga, concentración, forma farmacéutica, cantidad y cuyos precios sean menores al medicamento cuyo nombre comercial se prescribió.

En caso de reemplazo:

- El afiliado deberá firmar (por segunda vez) de conformidad el reemplazo.
- El farmacéutico deberá colocar fecha, firma (por segunda vez) y sello aclaratorio (nombre, apellido y matrícula).

LISTADO DE AUTORIZANTES

- En **CABA y Gran Buenos Aires** podrán autorizar:
 - BORGINI Pedro
 - D'ANDREA Jorge Víctor
 - FERNANDEZ Edith Verónica
 - GENTA Néstor
 - ORTIZ Néstor
 - OYHAMBURU Sergio
 - ROMERO, Ricardo
- En el interior del País: Director Médico, Auditor Médico, Delegados o persona autorizada de la Delegación.

ENMIENDAS

- 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 salvada.
- Toda enmienda hecha en la prescripción deberá ser salvada por el médico tratante bajo leyenda: "Digo(lo enmendado)" firmando y sellando el médico nuevamente lo salvado.

Por ninguna razón se aceptará, con cargos a las entidades, recetas con enmiendas, raspaduras o agregados con distinta lapicera, sino están salvados expresamente por el profesional prescribiente.

AFILIACIÓN

Se acredita con CREDENCIAL vigente (ver fecha de vencimiento) y DNI.

- Ambulatorio: tarjeta magnética azul / credencial digital color azul o carnet provisorio
- Cronicidad, Anticonceptivos y Discapacidad: tarjeta magnética azul u ocre o carnet provisorio
- PMI: Tarjeta magnética o credencial digital ocre con inscripción P.M.I. De la credencial se deberá controlar que coincidan los datos del número de afiliado y Nombre y apellido con los que pone en la receta el médico, caso contrario tales inconsistencias deberán ser salvadas sólo por el profesional prescriptor.

Si el adquirente fuese un tercero, deberá presentar, además del carnet del titular, su propio DNI e indicar domicilio y teléfono en la receta.

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD

(28/11/2024)

LA RECETA DEBE CONTENER

- En recetario oficial:
 - Debajo de la fecha de prescripción del médico colocar la fecha de dispensa.
 - Por cada renglón (especialidad dispensada) consignar precio total (precio unitario por cantidad).
 - La fijación de los troqueles se hará en el lugar preestablecido (no cubrir ningún otro dato del recetario).
 - Completar los campos "TOTAL", "A/C BENEF" y "A/C O. SOCIAL".
- En recetario particular. Al dorso:
 - Fecha de venta,
 - **precio de venta,**
 - **monto total de la receta.**
 - Datos y firma de quien retira.
- En el dorso (tanto en recetario oficial como particular):
 - firma y sello de la farmacia
 - **domicilio**, número de DNI y firma del adquiriente.
 - **código de autorización (cuando se halla tramitado on line)**

DIAS a partir de la fecha de recepción del débito para refacturar la receta (en el caso que el débito sea refacturable).

PRESENTACIÓN DE LAS FACTURACIONES

- Para el cierre de validaciones ingresar a través de la web <http://gdr.admifarmgroup.com> o desde <http://www.validacionesag.com>. Seguir el instructivo en la Guía de validación OSPSA-Sanidad (pág. Del Colegio).
- Las recetas deben ser presentadas en lotes POR PLAN según los descuentos:
 - 40% AMBULATORIO
 - 70% TABAQUISMO
 - 70% CRONICIDAD
 - 100% PMI
 - 100% ANTICONCEPTIVOS
 - 100% DISCAPACIDAD
 - REFACTURACIÓN
- Las recetas se deberán numerar, en el borde superior derecho, en orden correlativo de acuerdo al orden del resumen presentado.
- Para presentación: hasta 60 días a partir del mes de consumo de las recetas y 30 días corridos a partir de la fecha de recepción del débito, para refacturar (las que pueden ser refacturadas).

PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS

Se pueden presentar hasta 60 DIAS a partir del mes de consumo de la receta.de la fecha de dispensación. Y 30

MODELOS DE RECETARIO

a) TAMAÑO 25,5 X 11,4 CM., CON BORDES TROQUELADOS, NUMERO PREIMPRESO DEBAJO DEL RECUADRO EN COLOR ROJO



b) TAMAÑO 27,9 X 21,5 CM., SIN BORDES TROQUELADOS, UNMERO PREIMPRESO DEBAJO DEL RECUADRO EN COLOR AZUL



FORMULARIO PLANES ESPECIALES

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD

(28/11/2024)

 Obra Social del Personal de la SANIDAD ARGENTINA R.N.O.S. 1-1950 TEL. San Juan 2954 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1148)		PRESCRIPCION MEDICAMENTOS *** PARA LA FARMACIA ***																									
N° DE BENEFICIARIO: 27128802962/00		FILIAL: Buenos Aires																									
NOMBRE Y APELLIDO: VIERA, ADRIANA		DNI: 12880296																									
DESCUENTO: 70%	EDAD: 64	SEXO: F																									
DOMICILIO: GUAYAQUIL 520 4 TE: 4801-5191																											
LOCALIDAD - PROVINCIA: CAPITAL FEDERAL Ciudad Autonoma de Buenos Aires																											
DIAGNOSTICO 1: HIPERTENSION ARTERIAL																											
DIAGNOSTICO 2:																											
DIAGNOSTICO 3:																											
DIAGNOSTICO 4:																											
DIAGNOSTICO 5:																											
CORRESPONDE TRATAMIENTO PROLONGADO																											
TRATAMIENTO INDICADO <table border="1"> <thead> <tr> <th>Rp</th> <th>MEDICAMENTO</th> <th>UxT</th> <th>TxD</th> <th>DxS</th> <th>Indicaciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rp1</td> <td>BISOPROLOL 2.5mg Comp. Rec. x 30 (CONCOR), Env.: 2 (dos)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rp2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rp3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Rp	MEDICAMENTO	UxT	TxD	DxS	Indicaciones	Rp1	BISOPROLOL 2.5mg Comp. Rec. x 30 (CONCOR), Env.: 2 (dos)	1	1	7		Rp2						Rp3					
Rp	MEDICAMENTO	UxT	TxD	DxS	Indicaciones																						
Rp1	BISOPROLOL 2.5mg Comp. Rec. x 30 (CONCOR), Env.: 2 (dos)	1	1	7																							
Rp2																											
Rp3																											
_____ FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE		_____ / ____ / ____ FECHA																									
		 279548																									

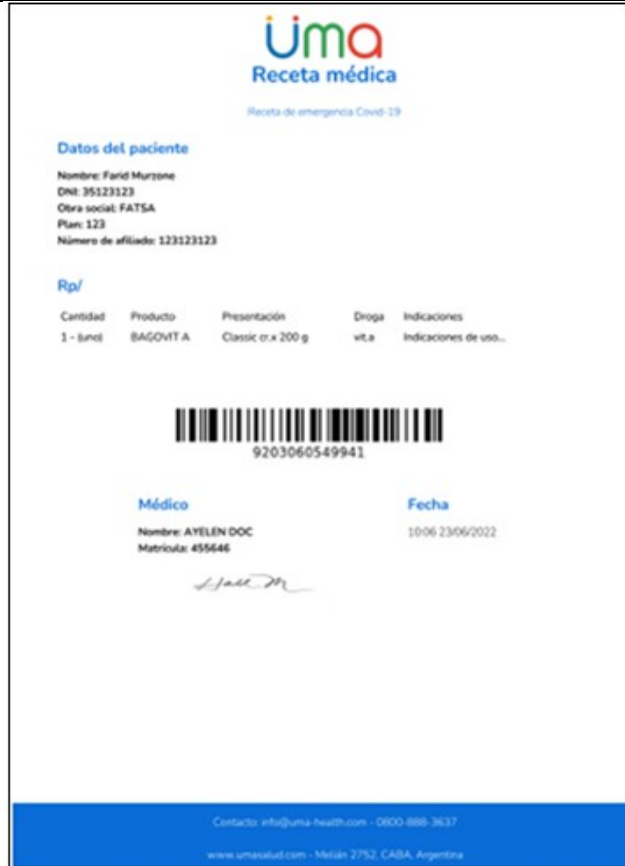
 Obra Social del Personal de la SANIDAD ARGENTINA R.N.O.S. 1-1950 TEL. San Juan 2954 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1096)		PRESCRIPCION MEDICAMENTOS *** PARA LA FARMACIA ***																									
N° DE BENEFICIARIO: 20987654321/02		FILIAL: Buenos Aires																									
NOMBRE Y APELLIDO: AFILADO, TURNITO		DNI: 98765432																									
DESCUENTO: 40%	EDAD: 7	SEXO:																									
DOMICILIO: TE: 4567-8910																											
LOCALIDAD - PROVINCIA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires																											
DIAGNOSTICO 1: sin valor. es prueba																											
DIAGNOSTICO 2:																											
DIAGNOSTICO 3:																											
DIAGNOSTICO 4:																											
DIAGNOSTICO 5:																											
TRATAMIENTO INDICADO <table border="1"> <thead> <tr> <th>Rp</th> <th>MEDICAMENTO</th> <th>UxT</th> <th>TxD</th> <th>DxS</th> <th>Indicaciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rp1</td> <td>BUCESONIDA + FORMOTEROL Caps. p/oral x 120 sin aplc. (NEUMOTEROL 200) Env.: 1 (una)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>7</td> <td>pp 1</td> </tr> <tr> <td>Rp2</td> <td>ENALAPRIL 2.5mg Comp. x 60 (LOTIRAL) Env.: 1 (una)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>7</td> <td>pp 2</td> </tr> <tr> <td>Rp3</td> <td>BUCESONIDA + FORMOTEROL 400mg Caps. c/ajic. x 60 (NEUMOTEROL 400) Env.: 1 (una)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>7</td> <td>pp 3</td> </tr> </tbody> </table>				Rp	MEDICAMENTO	UxT	TxD	DxS	Indicaciones	Rp1	BUCESONIDA + FORMOTEROL Caps. p/oral x 120 sin aplc. (NEUMOTEROL 200) Env.: 1 (una)	1	1	7	pp 1	Rp2	ENALAPRIL 2.5mg Comp. x 60 (LOTIRAL) Env.: 1 (una)	1	1	7	pp 2	Rp3	BUCESONIDA + FORMOTEROL 400mg Caps. c/ajic. x 60 (NEUMOTEROL 400) Env.: 1 (una)	1	1	7	pp 3
Rp	MEDICAMENTO	UxT	TxD	DxS	Indicaciones																						
Rp1	BUCESONIDA + FORMOTEROL Caps. p/oral x 120 sin aplc. (NEUMOTEROL 200) Env.: 1 (una)	1	1	7	pp 1																						
Rp2	ENALAPRIL 2.5mg Comp. x 60 (LOTIRAL) Env.: 1 (una)	1	1	7	pp 2																						
Rp3	BUCESONIDA + FORMOTEROL 400mg Caps. c/ajic. x 60 (NEUMOTEROL 400) Env.: 1 (una)	1	1	7	pp 3																						
_____ FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE		_____ / ____ / ____ FECHA																									
		 209120																									

 Obra Social del Personal de la SANIDAD ARGENTINA R.N.O.S. 1-1950 TEL. San Juan 2954 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1096)		PRESCRIPCION MEDICAMENTOS *** PARA LA FARMACIA ***																									
N° DE BENEFICIARIO: 20987654321/02		FILIAL: Buenos Aires																									
NOMBRE Y APELLIDO: AFILADO, TURNITO		DNI: 98765432																									
DESCUENTO: 40%	EDAD: 7	SEXO:																									
DOMICILIO: TE: 4567-8910																											
LOCALIDAD - PROVINCIA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires																											
DIAGNOSTICO 1: sin valor. es prueba																											
DIAGNOSTICO 2:																											
DIAGNOSTICO 3:																											
DIAGNOSTICO 4:																											
DIAGNOSTICO 5:																											
TRATAMIENTO INDICADO <table border="1"> <thead> <tr> <th>Rp</th> <th>MEDICAMENTO</th> <th>UxT</th> <th>TxD</th> <th>DxS</th> <th>Indicaciones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rp1</td> <td>QUETIAPINA 100mg Comp. Rec. x 60 (QUATROX 100) Env.: 1 (una)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>7</td> <td>pp 4</td> </tr> <tr> <td>Rp2</td> <td>SUMATRIPTAN 75mg Comp. Rec. x 4 (SUMATRIPTAN TEVA) Env.: 1 (una)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>7</td> <td>pp 5</td> </tr> <tr> <td>Rp3</td> <td>ALUMINO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO Susp. x 175ml (MEGATRIC) Env.: 1 (una)</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>7</td> <td>pp 6</td> </tr> </tbody> </table>				Rp	MEDICAMENTO	UxT	TxD	DxS	Indicaciones	Rp1	QUETIAPINA 100mg Comp. Rec. x 60 (QUATROX 100) Env.: 1 (una)	1	1	7	pp 4	Rp2	SUMATRIPTAN 75mg Comp. Rec. x 4 (SUMATRIPTAN TEVA) Env.: 1 (una)	1	1	7	pp 5	Rp3	ALUMINO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO Susp. x 175ml (MEGATRIC) Env.: 1 (una)	1	1	7	pp 6
Rp	MEDICAMENTO	UxT	TxD	DxS	Indicaciones																						
Rp1	QUETIAPINA 100mg Comp. Rec. x 60 (QUATROX 100) Env.: 1 (una)	1	1	7	pp 4																						
Rp2	SUMATRIPTAN 75mg Comp. Rec. x 4 (SUMATRIPTAN TEVA) Env.: 1 (una)	1	1	7	pp 5																						
Rp3	ALUMINO HIDROXIDO + MAGNESIO HIDROXIDO Susp. x 175ml (MEGATRIC) Env.: 1 (una)	1	1	7	pp 6																						
_____ FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE		_____ / ____ / ____ FECHA																									
		 209120																									

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD

(28/11/2024)

RECETARIO DIGITAL UMA



MODELO DE TARJETA MAGNÉTICA Y CREDENCIALES

MODELO DE TARJETA MAGNETICA:
(Puede ser color azul u ocre)



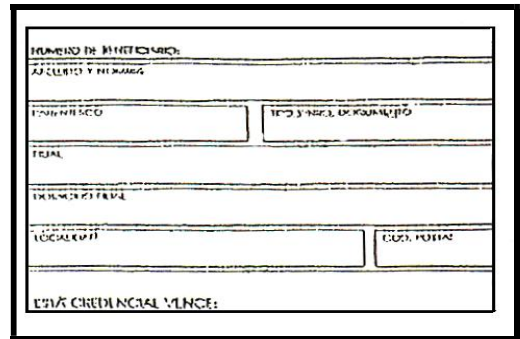
NUEVOS MODELOS DE CREDENCIALES:



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD

(28/11/2024)

CARNET PROVISORIO:



CREDENCIALES DIGITALES:



CREDENCIAL DIGITAL WEB

Token de seguridad que se actualiza automáticamente cada 5 min

Acceso al código QR o Datamatrix

Deslizando hacia la izquierda se accede a las credenciales del grupo familiar

The screenshot shows a digital credential interface for 'OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD ARGENTINA'. It displays the user's name 'PRUEBA USUARIO', a unique ID '20-12345678-9/00', DNI '12.345.678', and 'Filial 01.00'. The selected plan is 'Plan PL1'. A security token '299' is shown with a refresh icon. Below the token are buttons for 'QR' and 'DATAMATRIX', and a 'COMPARTIR CREDENCIALES SELECCIONADAS' button. A 'Compartir' checkbox is also present. At the bottom, there is a disclaimer: 'El uso de la credencial es exclusivo de su titular y debe presentarse con el documento de identidad.' and a 'Cerrar sesión' link.

The screenshot shows a digital credential interface for 'OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD ARGENTINA'. It displays the user's name 'SHEENA PRUEBA SCHIIVO', a unique ID '27-23878472-2/02', DNI '70.000.001', and 'Filial 01.00'. The selected plan is 'Plan PLO' with a sub-label 'Plan Materno'. A security token '985' is shown with a refresh icon. Below the token are buttons for 'QR' and 'DATAMATRIX', and a 'COMPARTIR CREDENCIALES SELECCIONADAS' button. A 'Compartir' checkbox is also present. At the bottom, there is a disclaimer: 'El uso de la credencial es exclusivo de su titular y debe presentarse con el documento de identidad.'