

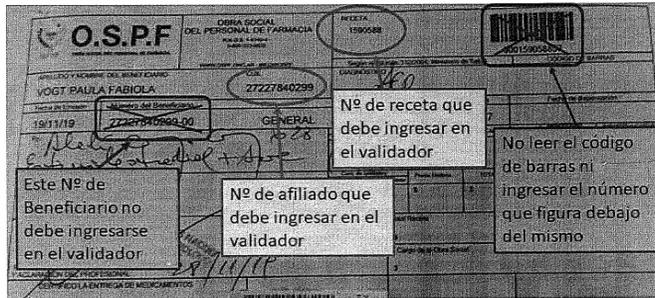
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA

(11/09/2025)

**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

(1) 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".

- (2) Solo reconoce medicamentos del Formulario Terapéutico de la Obra Social del Personal de Farmacia.
- (3) Plan Anticonceptivos: únicamente para mujeres de entre 11 y 53 años. Fuera de este rango etario los anticonceptivos no poseen descuento. Se valida en Plan Ambulatorio.
- (4) 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) o ELECTRÓN ICA (F)	30 Días	SI (E)	Sello: SI Manuscrito: NO

- A) Plan Ambulatorio: Recetas Blancas
- B) Plan Ambulatorio "Convenio Colectivo" de Color Blanco ( Identificados con la leyenda "Convenio Colectivo" en gris)
- C) 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)

(11/09/2025)

- 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).

- D) En Plan Materno Infantil, receta con sello identificando el Plan.
- E) 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

- F) Acepta recetas digitales acompañadas de la receta institucional (oficial) en blanco para que la farmacia pueda validar.  
La receta electrónica o digital debe cumplir los siguientes requisitos: CUIL del afiliado, plan, sexo, nro. de receta y firma digital del profesional.

**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)	1
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.  
(Se podrá validar sólo un envase de la misma monodroga cada 28 días, las excepciones solo con AUTORIZACIÓN de Auditoria Médica OSPF).

**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.  
Medicamentos que pasan a la condición de venta libre según Disp. 7449/2024, a saber:

Ingrediente Farmacéutico Activo (IFA)	Concentración y forma farmacéutica
RETINOL / RETINALDEHIDO (VITAMINA A PALMITATO) + ALANTOINA + TOCOFEROL (VITAMINA E)	Concentraciones de Vitamina A hasta 600.000 UI, Alantoína 0,2500 gr. y Vitamina E acetato 0,0500gr, formas farmacéuticas de crema y emulsión
RETINOL / RETINALDEHIDO (VITAMINA A PALMITATO) + ÁCIDO BÓRICO + ÓXIDO DE ZINC	Concentraciones de Vitamina A hasta 600.000 UI, Ácido Bórico 2,0000 g. y Óxido de Zinc 15,0000 g; forma farmacéutica pomada
AMOROLFINA	Concentración al 5% forma farmacéutica Laca
ACICLOVIR	Concentraciones hasta 5 g formas farmacéuticas crema, ungüento, emulsión, gel y pomada

**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 prescrita, del Formulario

**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA****(11/09/2025)**

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

(11/09/2025)

CREDENCIALES VIGENTES

Obra Social del Personal de Farmacia RNOS 107404

CUIL:  
APELLIDO:  
NOMBRE:  
TIPO DOC : *RFP*

FECHA DE EMISION: 12/09/2019  
**SERVICIO DOMESTICO**  
Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago

Roque F. Garzon  
PRESIDENTE OSPF

Obra Social del Personal de Farmacia RNOS 107404

CUIL:  
APELLIDO:  
NOMBRE:  
TIPO DOC : *RFP*

FECHA DE EMISION: 12/09/2019  
**JUBILADO**  
Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago

Roque F. Garzon  
PRESIDENTE OSPF

Obra Social del Personal de Farmacia RNOS 107404

CUIL:  
APELLIDO:  
NOMBRE:  
TIPO DOC : *RFP*

FECHA DE EMISION: 12/09/2019  
**Regimen Monotributo**  
Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago

Roque F. Garzon  
PRESIDENTE OSPF

Obra Social del Personal de Farmacia RNOS 107404

CUIL:  
APELLIDO:  
NOMBRE:  
TIPO DOC : *RFP*

FECHA DE EMISION: 12/09/2019  
**Regimen Monotributo**  
Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago

Roque F. Garzon  
PRESIDENTE OSPF

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





(11/09/2025)



Centro Operativo: SANTA CRUZ

Pagina: 1 / 1

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

<b>DATOS DEL BENEFICIARIO</b>		
Nombre y Apellido: ██████████	Nro. Beneficiario: 20187851069-00	
Documento: DN ██████████	Edad: 48	Localidad: RIO GALLEGOS
Plan: GENERAL	Fecha Inicio Plan:	Fecha Fin Plan:

<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>		 9006227500000000182490000000120148837
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 Efector
---	------------------------	--

(11/09/2025)