

(25/06/2026)

BONIFICACIÓN

BONIFICACIONES: (calcular sobre precio de venta al público)

- Insulinas e Hipoglucemiantes inyectables 15%
- Hipoglucemiantes orales 10%
- Lancetas y Tiras Reactivas 10%
- Jeringas y Agujas 10%
- Medidores de Glucosa 10%

VALIDACIÓN ON LINE

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)	Co n Ma nua l FC O
Autorizaciones Especiales (3)	Según autoriz ación	x	NO	SI
General On line (2)	Según validac ión on line	x	SI	NO

- (1) Formulario Terapéutico OSPIF.
- (2) Comprende los planes Básico, PMI y crónicos.
- (3) 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 (G-H-I)	VALI - DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLAR. DEL MEDICO
GENERIC (F)	SI	OFICIAL, PARTICU LAR O ELECTRÓ NICA (A- B-C-D)	30 días	SI (E)	Sello: SI Manuscrito:NO

- (A) Recetario electrónico que cumpla con los requisitos de identificación (código de barra, QR, etc) con firma y sello digital.
- (B) Prescripción preimpresa ya sea total o parcial sin los requisitos de identificación antes mencionados pero con firma y sello original del profesional.
- (C) No se aceptan recetarios sin membrete (en blanco o con publicidad de medicamentos)

(D) En el caso de recetarios electrónicos/digitales es obligatorio grabar el número correspondiente al validar dichas dispensas. Debe presentarse una copia impresa de dichas prescripciones.

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

En el caso de recetas autorizadas los troqueles se agregarán al dorso, manteniendo el orden en que fueron prescriptos los medicamentos.

(F) Puede indicar una marca sugerida. Se rechazarán recetas que no presenten Principio activo.

(G) Conformidad de quien retira: resulta inviable que personal vinculado a la farmacia sea quien firme en conformidad por la entrega de los productos.

- (H) Datos que deben figurar en la receta:
- Denominación de la entidad (en caso de que el recetario no sea el oficial de la entidad).
 - Nombre y apellido del paciente
 - Número de afiliado
 - Medicamentos y cantidades
 - Fecha de prescripción

(I) Adjuntar Ticket fiscal, documento no fiscal homologado, Duplicado o triplicado del ticket fiscal con la leyenda “no fiscal” de fondo, o facturas A, B o C.

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	2
SUBSIGUIENTE AL CHICO	2
GRANDE (3º TAMAÑO o más)	2
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	(b)

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) Entregar el menor número de envases hasta completar las 5 (cinco) ampollas. Ejemplo: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expendirse 3 envases=6 ampollas.

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) Antihemofílicos (Factor VII, Factor VIII, Factor IX, etc).
- d) Artículos de Perfumería. Productos para la estética corporal.
- e) Callicidas.
- f) Cremas dérmicas, aún las del Formulario Terapéutico.
- g) Formulas magistrales y preparados homeopáticos.
- h) Hemoderivados y expansores plasmáticos.

(25/06/2026)

- i) Hormonas de crecimiento (Somatotropina, etc).
- j) Inmunosupresores.
- k) Jabones.
- l) Leches enteras y maternizadas.
- m) Material de curación (Vendas, gasas, alcohol, etc).
- n) Material descartable.
- o) Medicación anti SIDA.
- p) Medicamentos y productos de presentación y/o uso hospitalario.
- q) Medicamentos y productos de venta libre.
- r) Oncológicos y coadyuvantes (ej: Agonistas LHRH, Antiandrógenos, Antibióticos antineoplásicos, antieméticos, Anticariotóxicos, eritropoyetinas, factor recombinante humano, factores estimulantes de colonia, inmunomoduladores, homonoterapia antineoplásica, rescate de antifólicos, etc.)
- s) Pastas, polvos o líquidos dentífricos, formulas o articulos para limpiar o fijar dentaduras.
- t) Productos para el tratamiento de la disfunción sexual masculina (Ej Alprostadil, Fentolamina, sildenafil, Yohimbina, etc.)
- u) Productos para el tratamiento de la enfermedad de Gaucher (Ceredase, etc).
- v) Productos para el tratamiento de la enfermedad fibroquística (D’Nasa, etc).
- w) Productos para el tratamiento de la obesidad. Anorexígenos (Ej. Fenilpropanolamina, mazindol, Orlistat, Sibutramina, etc.)
- x) Productos que contengan Acetilcarnitina, Etarnecept, Linezolid, Palivizumab
- y) Productos sin troquel.
- z) Vacunas.

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 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 prescrita, siempre que estas figuren en el formulario terapéutico OSPIF.

ENMIENDAS

Quando 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.

CIERRE ELECTRÓNICO DE LOTES

Presentación de la facturación: Mensual en Ira quincena.

MUESTRA DE RECETARIO OFICIAL

Formulario de receta médica OSPIF. Incluye campos para: Fecha de Emisión, Nombre del Paciente, Edad, Sexo, Fecha de Ingreso, Diagnóstico, Medicación, y Firmas del Médico y Farmacéutico. También incluye una sección para el historial de recetas (Rotulo 1 a Rotulo 9).

CREDENCIAL VIGENTE

Credencial de afiliado a OSPIF. Incluye: 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.