

**NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE:
O.S.P.F. (Obra Social del Personal de Farmacia) y CC (Convenio Colectivo)
Vigencia: 01-10-2019**

DESCUENTOS A CARGO DE O.S.P.F.

AMBULATORIO 40%:	▶ Se reconocerá como descuento del 40% del precio de venta al público, todas las especialidades medicinales que figuran en el vademecum.
CRONICOS 70%:	▶ Se reconocerá como descuento del 70% del precio de venta al público, todas especialidades medicinales que figuran en el vademecum con dicho descuento, siempre que la VALIDACION ON LINE autorice dicha cobertura. Si el validador no autoriza el 70% se podrá expender al 40%.
PMI:	▶ Se reconocerá como descuento el 100% (cien por ciento) del precio de venta la público, todos las especialidades medicinales incluidas en el vademecum, unicamente las recetas identificadas como plan MATERNO INFANTIL .
ANTICONCEPTIVOS	▶ Se reconocerá como descuento el 100% (cien por ciento) del precio de venta al público, según lo establecido por la Ley N° 25673, Salud Sexual y Reprod , todos los anticonceptivos incluidos en vademecum.
AUTORIZACIONES ESPECIALES	▶ Para productos que no figuran en el vademecum. Se reconocerá el descuento indicado para cada producto en el formulario de autorización que emite la Obra Social.

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

Credencial, Documento de Identidad y recetario OFICIAL O.S.P.F.

RECETARIO

TIPO: OFICIAL
(Recetarios Ambulatorio OSPF: color blancos, Recetario Convenio Colectivo: blanco con leyenda **CONVENIO COLECTIVO** en gris)

VALIDEZ: 7 (siete) días corridos a partir de la fecha de prescripción médica inclusive.

Se reconocerán como validos los datos del afiliación que figuran pre-impresos

- ▶ 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 profesional y con la misma tinta:

- ▶ Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expenderá solamente uno).
- ▶ Diagnóstico (En cualquier forma, su ausencia es motivo de débito).
- ▶ Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- ▶ Fecha de Prescripción
- ▶ Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.
- ▶ Prescripción por nombre genérico o Denominacion Comun Internacional -DCI-Ley 25649-

LA FALTA DE CUALQUIERA DE ESTOS DATOS SERA MOTIVO DE DEBITO

LÍMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES:	2 (dos)
POR RECETA:	Hasta 2 (dos) envases
POR RENGLÓN:	Hasta 1 (un) envase
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS:	Hasta 5 (cinco) por receta
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS:	Hasta 1 (uno) por receta

LÍMITES DE TAMAÑOS

HASTA 1 (UNO) DEL PRIMER TAMAÑO POR RENGLÓN
HASTA 1 (UNO) DE TAMAÑO SIGUIENTE AL MENOR POR RECETA

HASTA 1 (UNO) DE TAMAÑO GRANDE POR RECETA

OTRAS ESPECIFICACIONES

Cuando el Médico:		Deberá Entregarse:
No indica Contenido	—————→	El de Menor Contenido
Equivoca Cantidad o Contenido	—————→	El tamaño inmediato inferior

PSICOFARMACOS / PSICOTROPICOS

El profesional debe confeccionar además un segundo recetario de acuerdo a las normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia.

PLAN MATERNO INFANTIL

100% de descuento para la madre desde el diagnóstico positivo de embarazo y hasta 30 días posteriores al parto y para el recién nacido hasta el año de vida, exclusivamente para los productos incluidos en el vademécum.

ANTICONCEPTIVOS

100% de descuento para los anticonceptivos que figuran en el vademécum exclusivamente para mujeres de entre 11 y 51 años. Fuera de este rango etáreo los anticonceptivos no poseen descuento.

MEDICAMENTOS FALTANTES

Si por cualquier motivo en la farmacia falta el o los productos recetados, la farmacia debe anular el renglon de el producto no entregado,

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- ▶ Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 - De acuerdo al orden de prescripción.
 - Incluyendo el código de barras.
 - Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido que dificultan la lectura del código de barras).
 - ▶ Número de orden de la receta.
 - ▶ Fecha de Venta.
 - ▶ Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos), las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario.
 - ▶ Sello y firma de la farmacia.
 - ▶ Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
 - ▶ Consignar los importes: Total, A CARGO de O.S.P.F., A CARGO Afiliado.
- receta, con goma de pegar.

EXCLUSIONES

Solamente tendrán cobertura los productos que figuran en el vademécum y los productos que no se encuentren en el vademécum solo si están debidamente autorizados, según se indica en la Norma "autorizaciones Especiales".

REQUISITOS GENERALES PARA LA PRESENTACION

VALIDACION ON LINE: Obligatoria

Para realizar la presentación de la respectiva facturación se exigirá como requisito indispensable:

► Carátulas de presentación distinguiendo si las recetas pertenecen a OSPF ú OSPF Convenio Colectivo

- Una carátula de presentación que incluya las recetas atendidas de los planes AMBULATORIO, CRONICOS, ANTICONCEPCION y AUTORIZADOS
- Una segunda carátula que incluya las recetas del Plan PMI
- Una carátula General que incluya los totales de las carátulas anteriores

Es decir, como máximo, la presentación podrá contener las siguientes carátulas:

- 1 - **OSPF AMBULATORIO - CRONICOS - ANTICONCEPCION - AUTORIZADOS**
- 2 - **OSPF PMI**
- 3 - **GENERAL OSPF** (Conteniendo la sumatoria de los puntos 1 y 2)
- 4 - **OSPF CONV. COLECTIVO AMBULATORIO - CRONICOS - ANTICONCEPCION - AUTORIZADOS**
- 5 - **OSPF CONV. COLECTIVO PMI**
- 6 - **GENERAL OSPF CONV. COLECTIVO** (Conteniendo la sumatoria de los puntos 4 y 5)

Dividir las carátulas en lotes de 100 recetas.

Estas carátulas son las que emite el validador on line al momento de efectuar el cierre correspondiente.

correspondiente número de validación. Este detalle también lo emite el validador.

La O.S. se reserva el derecho de devolver toda documentación que no cumpla con los requisitos de presentación indicados.

01 de Octubre 2019.-



O.S.P.F.

ORGANISMO DE SALUD PÚBLICA DE FOMENTO

Delegación
77-AZUL

Receta:
1393947

Apellido y Nombre del Beneficiario: [REDACTED] Diagnóstico: [REDACTED]

Fecha de Emisión: 12/09/19 Número del Beneficiario: [REDACTED] Plan: GENERAL Sexo: M Edad: 33 Fecha de Dispensación: [REDACTED]

Rp.	Descripción	Unidad	Prescripción	Costo	Porcentaje	Importe a Cargo del Beneficiario
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Total Receta			[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

FECHA DE PRESCRIPCIÓN: [REDACTED]
FIRMA, SELLO CNRO. MATRÍCULA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL: [REDACTED]

CERTIFICO LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS

ROTULO 1: [REDACTED] ROTULO 2: [REDACTED] ROTULO 3: [REDACTED]

FIRMA FARMACÉUTICO, SELLO FARMACIA: [REDACTED]

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AFILIADO: [REDACTED]

ROTULO 4: [REDACTED] ROTULO 5: [REDACTED] ROTULO 6: [REDACTED]

DOMICILIO: [REDACTED] TELEFONO: [REDACTED]

SOLO PARA AUTORIDAD FUERA DE VADEMECUM POR O.S.P.F. SÍDE CENTRAL

NORMAS DE PRESCRIPCIÓN Y FACTURACIÓN

- La presente receta tendrá una validez de 7 días a partir de la fecha de prescripción médica.

Importante: esta Recetario vence el 11/11/19

FIRMA Y SELLO: [REDACTED]



Delegación 77 - AZUL

RECETA 1393945

Apellido y Nombre del Cliente		CUI		NACIONALIDAD	
[REDACTED]		[REDACTED]			
Fecha de emisión	Nombre del Remediante	RG	Sexo	Edad	Fecha de prescripción
11/09/19	[REDACTED]	GENERAL	F	33	
Rp		Prescripción	Prescripción	TOTAL	PREP. S.
		\$	\$	\$	\$
INSTITUCIÓN DE PREVENCIÓN LABORAL, ALIMENTACIÓN, VESTIMENTA Y ACCIÓN PROFESIONAL C/ RITA BULLA ENTRE LOS C/ M. DE ROSALES Y C/		A Cargo de la Beneficiaria A Cargo de la Beneficiaria			
LABORARIAL DE UNO DE LOS TRABAJADORES PARA LA ATENCIÓN DEL CLIENTE		ROJULO	ROJULO 2	ROJULO 3	
TELEFONO 11 4311 2120 PARA CONSULTAS Y RESERVAS DE CITA POR O.S.P.F. SEDE CENTRAL		ROJULO 4	ROJULO 5	ROJULO 6	
FIRMAS Y SELLO		NORMAS DE USO DEL RECETARIO Y SU UTILIZACIÓN La presente receta tendrá una validez de 7 días a partir de la fecha de prescripción médica.		Importante: este Recetario vence el 10/11/19	

	Obra Social del Personal de Farmacia	RNOS 107404
CUIL:		
APELLIDO:		
NOMBRE:		
TIPO DOC :		
FECHA DE EMISION : 12/09/2019		
SERVICIO DOMESTICO		
Roque F. Garzon PRESIDENTE OSPF		
Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago		

	Obra Social del Personal de Farmacia	RNOS 107404
CUIL:		
APELLIDO:		
NOMBRE:		
TIPO DOC :		
FECHA DE EMISION : 12/09/2019		
JUBILADO		
Roque F. Garzon PRESIDENTE OSPF		
Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago		

	Obra Social del Personal de Farmacia	RNOS 107404
CUIL:		
APELLIDO:		
NOMBRE:		
TIPO DOC :		
FECHA DE EMISION : 12/09/2019		
Regimen Monotributo		
Roque F. Garzon PRESIDENTE OSPF		
Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago		

	Obra Social del Personal de Farmacia	RNOS 107404
CUIL:		
APELLIDO:		
NOMBRE:		
TIPO DOC :		
FECHA DE EMISION : 12/09/2019		
Regimen Monotributo		
Roque F. Garzon PRESIDENTE OSPF		
Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago		

EMERGENCIAS 0800 3336 3733

En caso de pérdida o extravío deberá comunicarse
a la O.S.P.F al teléfono 0800-333-9820
Esta tarjeta es de uso exclusivo del Beneficiario
y como tal intransferible.

SSSalud
SUPERINTENDENCIA
DE SERVICIOS DE SALUD



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

0800-222-72583 | www.sssalud.gob.ar

www.ospf.org.ar email: sistemas@ospf.org.ar



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

" FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN "

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: [REDACTED]	Nro. Beneficiario: 20187851069-00		
Documento: DN [REDACTED]	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	

TRÁMITE 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		