

**Vigente a partir del 1º de Noviembre de 2013.**

Última revisión: JUNIO/24

Las marcas “@” identifican los puntos disponibles para procesar en el momento de la venta a través del sistema de validación ingresando en Observer, que se encuentra homologado con CSF ([www.validacionescsf.com.ar](http://www.validacionescsf.com.ar)) **Cierre: por CSF**

En todas las **recetas procesadas electrónicamente**, la Liquidación de Recetas y **CIERRE DE LOTES** debe efectuarse **obligatoriamente** utilizando la herramienta que brinda dicho sistema para tal fin.

**Aclaración:**

El **CIERRE DE LOTES** electrónico **SIEMPRE** debe figurar en el **RESUMEN DE FACTURACIÓN** general

Por lo tanto, en un mismo Resumen de Facturación debe figurar **INDISPENSABLEMENTE**:

- presentación **ELECTRÓNICA** de OSDOP (“Plan MIXTO VALIDACIÓN”)
- presentación **MANUAL** de OSDOP (“Plan MIXTO MANUAL”)

**1.Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)**

1.1. General:	<b>40%</b>	@
1.2. Antibióticos:	<b>50%</b> (según indica Vademécum)	@
1.3. Descuento adicional CMD (CENTRAL MUTUAL DOCENTE) (Exclusivamente Buenos Aires):	<b>10%</b> Se aplica en forma <b>adicional</b> para los afiliados <b>identificados con la sigla “CMD” en el Padrón de Habilitados.</b> (ver punto 10)	@
1.4. Plan Materno Infantil:	<b>100%</b> (ver punto 6)	@
1.5. Patologías Crónicas:	<b>70%</b> (ver punto 7)	@
1.6. Autorizaciones Especiales:	<b>Descuento que autorice la Entidad</b> (ver punto 11)	

**2.Habilitación del beneficiario:**

- 2.1. Credencial (según muestra).
- 2.2. Habilitación del Beneficiario según validación ON LINE (ver punto 21).
- 2.3. Documento de Identidad (DNI, LC, LE).
- 2.4. No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada.

**3.Recetario:**

3.1. Tipo de recetario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficial de la entidad (según muestra); digital (ver pág.8)</li> </ul>	
3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre y apellido del paciente (*);</li> <li>• Número de afiliado (*) (**);</li> <li>• <b>Medicamentos recetados por principio activo</b>, indicando una marca sugerida incluida en el Vademécum.</li> <li>• <b>Cantidad de cada medicamento</b>, de acuerdo a la duración del tratamiento (ver punto 5);</li> <li>• <b>Diagnóstico en cada renglón</b> (aún cuando es el mismo, se debe repetir en cada renglón).</li> <li>• Firma y sello con número de matrícula y aclaración;</li> <li>• Fecha de prescripción;</li> </ul> <p>(*) <b>Datos que figuran preimpresos.</b>  (**) Cuando en una receta el número de beneficiario 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 médico la frase “ver al dorso”. El beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad.</p>	@

#### 4. Validez de la receta:

El día de la prescripción y los **30** días siguientes.

Cabe mencionar que el recetario cuenta con una validez de 90 días entre su emisión y la prescripción por parte del profesional.

#### 5. Topes de cobertura:

**El sistema de validación NO REALIZA este control.**

5.1. Límites de cantidades:

- La cantidad de envases a dispensar será la **coincidente o próxima con la cantidad total de unidades calculadas a partir de la dosis diaria y duración del tratamiento indicados**.
- Duración del tratamiento en días:** se deberá consignar los días de tratamiento. La duración del tratamiento será de hasta 30 días.
- Dosis únicas: marcará 1 por día.

5.2. Antibióticos Inyectables:

**Presentación**

**Entregar**

Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla

Hasta 5 (cinco)

5.3. Psicofármacos:

- El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia.

5.4. Otras especificaciones:

**Cuando el médico:**

**Debe entregarse:**

- No especifica cantidades

- El envase de menor contenido.

- Sólo indica la palabra "grande"

- La presentación siguiente a la menor.

- Equivoca la cantidad y/o contenido

- El tamaño inmediato inferior al indicado.

#### 6. Plan Materno Infantil:

6.1. Habilitación del beneficiario:

- Debe figurar en el **Padrón de Beneficiarios con la marca "PMI"**.

6.2. Recetario:

- Igual al resto de los planes (oficial de la Entidad). **NO requiere autorización.**

6.3. Productos Cubiertos:

- Medicamentos:** 100% sobre todos los productos incluidos en el Vademécum vigente.
- Leches:** Exclusivamente con Autorización mediante Formulario F5.

Cabe aclarar que aquellos **productos que requieren autorización** de la Entidad para su expendio **NO pueden ser expendidos aunque el beneficiario esté identificado con la marca "PMI"**.

6.4. Límites de cantidades:

- Medicamentos:** Igual al resto de los planes.
- Leches:** Lo que indique el Formulario F5.

#### 7. Patologías Crónicas:

7.1. Habilitación del beneficiario:

- Debe figurar en el **Padrón de Beneficiarios con la marca "CRO"**.
- Si afiliado no figura en padrón con dicha marca, deberá aplicarse el descuento **general del 40%**.

7.2. Recetario:

- Igual al resto de los planes (oficial de la Entidad). **NO requiere autorización.**

7.3. Productos Cubiertos:

- 70%** de acuerdo a lo que indique el Vademécum vigente.

Cabe aclarar que aquellos **productos que requieren autorización** de la Entidad para su expendio **NO pueden ser expendidos aunque el beneficiario esté identificado con la marca "CRO"**.

7.4. Límites de cantidades:

- Igual al resto de los planes.

## 8.Productos Cubiertos:

Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM de la entidad que se valida electrónicamente.

**ATENCIÓN:** los **anticonceptivos** identificados con cobertura al 100% NO requieren autorización previa ni marca "Crónico" en el padrón de beneficiarios para su expendio.

## 9.Controles especiales de la prescripción:

9.1. Prescripción Odontológica:

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| • Antibióticos                                      | • Antinflamatorios           |
| • Anticariogénicos y Tratamientos de Llagas y Aftas | • Antimicóticos Bucales      |
| • Antihemorrágicos                                  | • Antihistamínicos           |
| • Antiherpéticos                                    | • Antieméticos (No Setrones) |
| • Analgésicos (No Narcóticos)                       | • Vitaminas O Minerales      |
|   | • Vacunación Antitetánica    |

## 11.Autorizaciones Especiales:

**Estas recetas NO SE PROCESAN electrónicamente**

Sólo podrán expenderse recetas que NO cumplan con todos los requisitos (Ej.: productos no cubiertos, límites de cantidades, productos que requieran autorización, afiliados fuera de padrón, etc.) cuando se hallen autorizadas mediante el "Formulario de autorización F5" (ver muestra punto 20).

El "Formulario de Autorización F5" debe ser presentado **siempre junto con el recetario oficial que autoriza**. Para ello, debe corroborarse la leyenda **BONO DE FARMACIA N° XXXXX**.

NO es requisito obligatorio la firma y sello original del Delegado zonal de la Obra Social cuando el F5 corresponda a un recetario no oficial de OSDOP.

No obstante, en esos casos el F5 indicará que corresponde a un recetario no oficial.

Aclaraciones adicionales:

- Plazo de validez del formulario: **30 días** desde la "Fecha de solicitud".
- Porcentaje autorizado: único **porcentaje válido** es el indicado en el casillero "%Cob".
- En caso de que el afiliado figure con la marca "CMD" en el padrón de habilitados, deberá aplicarse 10% adicional al "%Cob" que se indique en el Formulario F5.

## 12.Medicamentos Faltantes:

Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta.

**13. Datos a completar por la farmacia:**

**13.1. NÚMERO DE TRANSACCIÓN ON LINE.** Debe indicarse en el encabezado de la receta "TR: XXXX", o bien puede imprimirse el comprobante que emite el sistema.

13.2. Fecha de venta;

13.3. Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo.

13.4. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales)

13.5. La farmacia deberá adjuntar cualquiera de los comprobantes de venta detallados:

- Ticket fiscal propiamente dicho.
- Documento no fiscal HOMOLOGADO
- Duplicado o triplicado del ticket fiscal (idéntico al original pero con una leyenda de fondo "NO FISCAL").
- Facturas A, B o C.

13.6. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

13.7. Firma, aclaración, documento de identidad y domicilio de quien retira los medicamentos;

**14. Recomendaciones Especiales:**

14.1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente;

14.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

- De acuerdo al orden de la prescripción.
- Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
- Se sugiere adherirlos con goma de pegar (sin utilizar abrochadora o cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).

14.3. Los troqueles deberán ajustarse a lo siguiente:

- Encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencias o marcas de sustancias adhesivas).
- Sin signos de desgaste del material en todo o parte del troquel.
- Sin impresiones mediante sellos de cualquier tipo de leyendas legibles o no.
- Sin diferencias en tamaño, grosor y/o color del troquel para un mismo producto, presentación y lote.
- No deberán presentar cualquier otro signo que otorgue carácter dudoso al troquel.


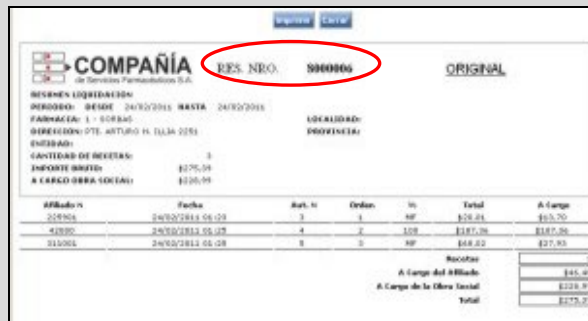
14.4. Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

**15. Cierre Electrónico de Lotes:**

**MUY IMPORTANTE:** Todas las **RECETAS PROCESADAS ELECTRÓNICAMENTE** (aún las correspondientes a la cobertura adicional del 10% CMD) deben liquidarse **OBLIGATORIAMENTE** mediante la **herramienta CIERRE DE LOTES** que provee para ello el sistema de validación. **Caso contrario, es motivo de rechazo** de las mismas. Utilice dicha herramienta teniendo en cuenta las indicaciones del Instructivo General del sistema.

Asimismo **es imprescindible IMPRIMIR el Cierre de Lotes** a fin de identificar correctamente la liquidación electrónica en el Resumen de Facturación general (ver punto 16). **No deben efectuarse modificaciones manuales (tachaduras ni enmiendas) sobre el Cierre de Lotes** que emite el sistema.

Aclaración: la **IMPRESIÓN PREVIA** del Cierre de Lote **NO** es válida para la presentación de recetas:

**Atención:** Las recetas no procesadas electrónicamente (por ejemplo, Autorizaciones Especiales) deben liquidarse a través de la modalidad tradicional de planillas de Compañía (ver punto 16).

## 16. Presentación de Recetas no procesadas electrónicamente:

Todas las recetas de OSDOP **no procesadas electrónicamente deben presentarse bajo un único plan "MIXTO"**. Es decir que estas liquidaciones MANUALES no deben separarse por porcentaje de descuento.

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.

Estos importes deben figurar en la Planilla de Liquidación, así como en el RESUMEN DE FACTURACIÓN, identificando el lote como "PLAN MIXTO".

Asimismo el **Cierre electrónico de Lotes SIEMPRE debe indicarse en el Resumen de Facturación general** (planilla provista por COMPANÍA) que presenta su Farmacia, **de igual modo que figuran las recetas sin validación on line.**

Por lo tanto, **en un mismo Resumen de Facturación debe figurar INDISPENSABLEMENTE:**

- presentación **ELECTRÓNICA** de OSDOP ("Plan MIXTO VALIDACIÓN")
- presentación **MANUAL** de OSDOP ("Plan MIXTO MANUAL")

## 17. Atención de Consultas:

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de **COMPANÍA** al (011) 4136-9090 – Fax: (011) 4136-9001. E-mail: [info@csf.com.ar](mailto:info@csf.com.ar), de Lunes a Viernes, de 8:30 a 18:30 horas.

Ante dificultades o consultas exclusivamente técnicas fuera de nuestro horario de atención, les solicitamos que envíe un correo electrónico a [validaciones@csf.com.ar](mailto:validaciones@csf.com.ar) indicando en el título la palabra "Problema" más el código de su Farmacia. @

## 18. Muestra de Credenciales:



## 19. Muestras de recetas:

Obra Social Docentes Particulares		Emisor:		ORDEN DE RECETARIO DE MEDICAMENTOS		Orden N°	
Identificación del Grupo Familiar				DNI:		IMPORTE FACTURADO	
				Tel:		Total RECETA PVP	
				Domicio:		Total RECETA a cargo de OSDOP	
						Total RECETA a cargo del Afiliado	
<b>PRESCRIPCION</b>				Firma Afiliado o Responsable		<b>DISPENSA</b>	
Diagnóstico / Problema de Salud 1				Código		Cantidad Dispensada	Total Precio Público
Medicamento (Nombre Genérico)	Forma Farmacéutica	Dosis/Unidad	Dosis Diaria	Duración Trat en Dias			Total a cargo de OSDOP
Diagnóstico / Problema de Salud 2				Código		Cantidad Dispensada	Total Precio Público
Medicamento (Nombre Genérico)	Forma Farmacéutica	Dosis/Unidad	Dosis Diaria	Duración Trat en Dias			Total a cargo de OSDOP
Datos del Prescriptor				Datos del Farmacéutico/Farmacia			
Matrícula		Difenda		Matrícula		Fecha	
Firma y Sello				Firma y Sello			

Adjuntar Troqueles

## 20.Muestra Formulario de Autorización:

Orden de Autorización Previa									
O.S.Do.P. - Deleg. B060 - SAN ISIDRO					Osdop Medicamentos				
					Medicamentos Especiales				
Nº Solicitud 15881134					Código de Autorización		F5		
Bono Farmacia	15852628				Estado	Autorizado			
Afiliado					Edad				
Solicitante	Médico - 9999 - MEDICO				Fecha Sol.	08/10/2013			
CIE-10	I11.0				Fecha Carga	08/10/2013 15:29:58			
Expediente Nº					Fec. Prov.	09/10/2013			
Area	Ambulatorio				Prov. Ant.	04/10/2013			
Detalle de Prácticas									
No Cambiar.	Nomenc.	Práctica	Cant.	Dosis	% Aut.	Imp.Total	% Cob.	Estado	Cant.Ent.
				Diaria	Mensual				
<input type="checkbox"/>	Manual Farmacéutico	5914262:	1	1	30	100	\$ 0,00	70%	Autorizado
Total a Cargo de la Obra Social									
Total General						\$ 0,00			
** SUJETO A AUDITORIA POSTERIOR **									
(Compra Farmacia Local)					Fecha de Entrega :				
Observaciones de Efectores y Presup.									

**Atención:**  
Validez 30 días desde la fecha de solicitud.





 <p><b>OSDOP</b> OBRA SOCIAL DE DOCENTES PARTICULARES CÓDIGO DE ENTIDAD: 450</p>	<h2>Nuevo Recetario Diabetes / Modificación F5</h2>
---	---

Informamos que a partir de la fecha se implementan las siguientes **modificaciones en las normas de atención de OSDOP**:

### Recetarios Diabetes:

Los siguientes recetarios son **válidos para la atención a pacientes diabéticos** de OSDOP, indistintamente:

 <p><b>OSDOP</b></p>		<p>SISTEMA DE MONITOREO PARA PACIENTES CON DIABETES PROVISIÓN TRIMESTRAL</p>																																					
A COMPLETAR																																							
<p><b>DATOS DEL AFILIADO</b></p> <p>Apellido y nombre/s: _____ N° Afiliado: _____ Fecha: _____</p>		<p><b>DATOS DEL MÉDICO ASISTENTE</b></p> <p>Apellido y nombre/s: _____ Matrícula: _____ MN: _____</p> <p>Provincia: _____ MP: _____</p>																																					
<p><b>TRATAMIENTOS</b></p> <table border="0"> <tr> <td>Automonitoreo Glucémico</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Hipoglucemiantes Orales</td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Actividad Física (*)</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>¿Cumple Dieta?</td> <td>SI</td> <td>Parcialmente</td> </tr> <tr> <td>Cumple Adecuadamente Tratamiento</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>¿Qué tipo de tratamiento recibe?</td> <td>Oral</td> <td>Insulina</td> </tr> <tr> <td>Fármacos Hipertensivos</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>¿Controla la presión arterial?</td> <td>SI</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td>Fármacos Hipolipemiantes</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>Diagnóstico</td> <td>DBT1</td> <td>DBT2</td> </tr> <tr> <td>Ácido Acetil Salicílico</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td></td> <td>Otra</td> <td></td> </tr> </table>				Automonitoreo Glucémico	SI	NO	Hipoglucemiantes Orales	SI	NO	Actividad Física (*)	SI	NO	¿Cumple Dieta?	SI	Parcialmente	Cumple Adecuadamente Tratamiento	SI	NO	¿Qué tipo de tratamiento recibe?	Oral	Insulina	Fármacos Hipertensivos	SI	NO	¿Controla la presión arterial?	SI	No	Fármacos Hipolipemiantes	SI	NO	Diagnóstico	DBT1	DBT2	Ácido Acetil Salicílico	SI	NO		Otra	
Automonitoreo Glucémico	SI	NO	Hipoglucemiantes Orales	SI	NO																																		
Actividad Física (*)	SI	NO	¿Cumple Dieta?	SI	Parcialmente																																		
Cumple Adecuadamente Tratamiento	SI	NO	¿Qué tipo de tratamiento recibe?	Oral	Insulina																																		
Fármacos Hipertensivos	SI	NO	¿Controla la presión arterial?	SI	No																																		
Fármacos Hipolipemiantes	SI	NO	Diagnóstico	DBT1	DBT2																																		
Ácido Acetil Salicílico	SI	NO		Otra																																			
<p>(*) A los efectos de este sistema de vigilancia se considera actividad física regular la práctica de al menos 150 minutos por semana de actividad aeróbica de intensidad moderada repartidos en al menos tres días con no más de 2 días consecutivos sin ejercicio (ADA 2012).</p>																																							
<p><b>INSULINA REQUERIDA</b></p> <table border="1"> <tr> <th>Insulina tipo (Indicar nombre genérico y comercial sugerido)</th> <th>Dosis diaria estimada</th> <th>Provisión mensual</th> <th>Provisión trimestral</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				Insulina tipo (Indicar nombre genérico y comercial sugerido)	Dosis diaria estimada	Provisión mensual	Provisión trimestral																																
Insulina tipo (Indicar nombre genérico y comercial sugerido)	Dosis diaria estimada	Provisión mensual	Provisión trimestral																																				
<p><b>TRATAMIENTO ORAL REQUERIDO</b></p> <table border="1"> <tr> <th>Medicación (Indicar nombre genérico y comercial sugerido)</th> <th>Dosis diaria</th> <th>Provisión mensual</th> <th>Provisión trimestral</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				Medicación (Indicar nombre genérico y comercial sugerido)	Dosis diaria	Provisión mensual	Provisión trimestral																																
Medicación (Indicar nombre genérico y comercial sugerido)	Dosis diaria	Provisión mensual	Provisión trimestral																																				
<p><b>TIRAS REACTIVAS / LANCETAS / AGUJAS</b></p> <table border="1"> <tr> <th> </th> <th>Cant. diaria estimada</th> <th>Provisión mensual</th> <th>Provisión trimestral</th> </tr> <tr> <td>Tiras reactivas</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Lancetas</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Agujas</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>La Obra Social provee el kit medidor y tiras reactivas ACCU-CHECK PERFORMA y lancetas correspondientes al equipo provisto.</p>					Cant. diaria estimada	Provisión mensual	Provisión trimestral	Tiras reactivas				Lancetas				Agujas																							
	Cant. diaria estimada	Provisión mensual	Provisión trimestral																																				
Tiras reactivas																																							
Lancetas																																							
Agujas																																							
<p><b>OBSERVACIONES / EXTENSIÓN DE TIRAS / AUMENTO DE DOSIS / CAMBIO DE ESQUEMA TERAPÉUTICO</b></p> <p> </p>																																							
<p>Fecha: _____ Firma y Sello del Médico: _____</p>																																							

 <p><b>OSDOP</b></p>		<p>INFORME MÉDICO SEMESTRAL</p>																	
<p><b>DATOS DEL AFILIADO</b></p> <p>Apellido y nombre/s: _____</p> <p>Número de beneficiario: _____</p>																			
<p><b>INSULINA REQUERIDA</b></p> <table border="1"> <tr> <th>Insulina tipo (Indicar nombre genérico y comercial sugerido)</th> <th>Dosis diaria estimada</th> <th>Provisión mensual</th> <th>Provisión trimestral</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				Insulina tipo (Indicar nombre genérico y comercial sugerido)	Dosis diaria estimada	Provisión mensual	Provisión trimestral												
Insulina tipo (Indicar nombre genérico y comercial sugerido)	Dosis diaria estimada	Provisión mensual	Provisión trimestral																
<p><b>TRATAMIENTO ORAL REQUERIDO</b></p> <table border="1"> <tr> <th>Medicación (Indicar nombre genérico y comercial sugerido)</th> <th>Dosis diaria</th> <th>Provisión mensual</th> <th>Provisión trimestral</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				Medicación (Indicar nombre genérico y comercial sugerido)	Dosis diaria	Provisión mensual	Provisión trimestral												
Medicación (Indicar nombre genérico y comercial sugerido)	Dosis diaria	Provisión mensual	Provisión trimestral																
<p><b>TIRAS REACTIVAS / LANCETAS / AGUJAS</b></p> <table border="1"> <tr> <th> </th> <th>Cant. diaria estimada</th> <th>Provisión mensual</th> <th>Provisión trimestral</th> </tr> <tr> <td>Tiras reactivas</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Lancetas</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Agujas</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>La Obra Social provee el kit medidor y tiras reactivas ACCU-CHECK PERFORMA y lancetas correspondientes al equipo provisto.</p>					Cant. diaria estimada	Provisión mensual	Provisión trimestral	Tiras reactivas				Lancetas				Agujas			
	Cant. diaria estimada	Provisión mensual	Provisión trimestral																
Tiras reactivas																			
Lancetas																			
Agujas																			
<p><b>OBSERVACIONES / EXTENSIÓN DE TIRAS / AUMENTO DE DOSIS / CAMBIO DE ESQUEMA TERAPÉUTICO</b></p> <p> </p>																			
<p>Fecha: _____ Firma y Sello del Médico: _____</p>																			

- ✓ **RECETARIO:** Siempre **REQUIERE AUTORIZACIÓN** mediante **Formulario F5**. Por lo tanto, estas recetas **NO se procesan electrónicamente**.  
La prescripción siempre debe ser original, aún en el caso de que el paciente descargue el recetario vía internet.
- ✓ **DESCUENTO:** el que se indique en el **casillero “%Cob”** del Formulario F5.
- ✓ **LÍMITES DE CANTIDADES:** el paciente retira en una única entrega la provisión para 3 meses según lo autorizado en el Formulario F5.
- ✓ **PLAZO DE VALIDEZ:** 30 días desde la “Fecha de solicitud” indicada en el Formulario F5.

 <b>OSDOP</b> OBRA SOCIAL DE DOCENTES PARTICULARES CÓDIGO DE ENTIDAD: 450	<b>Recetario digital válido</b>
---	---------------------------------

Informamos que **es válido el siguiente recetario digital para afiliados de OSDOP**. El mismo requiere validación online:

**Número de receta a grabar en la validación**

 2909	 9213	 TU RECETARIO DIGITAL		
				
Vanina Pia Bender MEDICO Matrícula Nac.:				
Paciente: DNI: OSDOP PLAN:   N° Credencial:		Sexo: F. Nacimiento:		
Rp:				
Esta receta fue creada por un emisor inscripto en el Registro de Recetarios Electrónicos implementado por el Ministerio de Salud de la Nación.				
 Vanina Pia Bender Alergia MN				
FIRMA Y SELLO				
Medico Vanina Pia Bender				
11/07/2024  <a href="#">Ver link</a>				

Dicho recetario cuenta con un **número de receta que debe grabarse obligatoriamente al momento de la validación**.

Este número debe registrarse en el campo "Receta electrónica" de [www.plataformacsf.com](http://www.plataformacsf.com) o bien mediante los sistemas de facturación integrados en el campo destinado a tal fin.

Por último, cabe destacar que **el afiliado debe presentar una copia impresa del mismo**.

Sin otro particular, los saludamos atentamente.