

**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 recomocerá 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 vademécum. 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 afiliacion que figuran pre-impresos

- ▶ Apellido y Nombre del Beneficiario
- ▶ CUIL.
- ▶ Fecha de Emision.
- ▶ 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

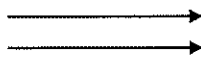
HASTA 1 (UNO) DE TAMAÑO GRANDE POR RECETA

OTRAS ESPECIFICACIONES

Cuando el Médico:

No indica Contenido

Equívoca Cantidad o Contenido



Deberá Entregarse:

El de Menor 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 renglón 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 SEGURO DE PREVISIÓN FAMILIAR

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
0						
TOTAL						

Total Receta: \$ [REDACTED] A Cargo del Beneficiario: \$ [REDACTED]

A Cargo de la Obra Social: \$ [REDACTED]

CERTIFICO LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS

ROTULO 1 ROTULO 2 ROTULO 3

FIRMA FARMACÉUTICO, SELLO FARMACIA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AFILIADO

ROTULO 4 ROTULO 5 ROTULO 6

DOMICILIO TELEFONO

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



Delegación 77 - AZUL

RECETA 1393945


Apellido y Nombre del Cliente		CUI		NACIONALIDAD	
[REDACTED]		[REDACTED]			
Fecha de emisión	Nombre del Remediante	Forma	Sexo	Edad	Fecha de prescripción
11/09/19	[REDACTED]	GENERAL	F	33	
Rp		Prescripción	Prescripción	TOTAL	PREP. S.
		\$	\$	\$	\$
INSTITUCIÓN DE PREVENCIÓN LABORAL, ALIMENTACIÓN, MEDICINA Y ACTIVIDADES PROFESIONALES CENTRO DE LA ENTRENAMIENTO DE INGENIEROS		A Cargo de la Beneficiaria A Cargo de la Caja de Costos			
LABORATORIO DE USO DE LA FARMACIA FARMACIA Y ATENCIÓN DEL CLIENTE		ROJULO	ROJULO 2	ROJULO 3	
LABORATORIO TELEFONO DIRECCIÓN AUTORREGULACIONES DE LA FARMACIA POR O.S.P.F. SEDE CENTRAL		ROJULO 1	ROJULO 4	ROJULO 5	
FIRMAS Y SELLO		NORMAS DE USO DE RECETAS Y SU EMISIÓN 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
 Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago


R.F.G.
 Roque F. Garzon
 PRESIDENTE OSPF

 **Obra Social del Personal de Farmacia** RNOS 107404

CUIL:
APELLIDO:
NOMBRE:
TIPO DOC :

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


R.F.G.
 Roque F. Garzon
 PRESIDENTE OSPF

 **Obra Social del Personal de Farmacia** RNOS 107404

CUIL:
APELLIDO:
NOMBRE:
TIPO DOC :

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

R.F.G.
 Roque F. Garzon
 PRESIDENTE OSPF

 **Obra Social del Personal de Farmacia** RNOS 107404

CUIL:
APELLIDO:
NOMBRE:
TIPO DOC :

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

R.F.G.
 Roque F. Garzon
 PRESIDENTE OSPF

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		Fecha de atención:/...../..... Diagnóstico:
Firma y sello del Medico Auditor	Firma del Beneficiario	Firma, sello y matricula de Efector

Obra Social del Personal de Farmacia
R. N. O. S. 10740-4
Constitución 2066 – C.A.B.A.
Tel. / Fax 4941-1342 / 4943-4005/4086

CABA, 24 de Agosto de 2020.-

Ref.: Nuevo modelo de Recetarios

Códigos de validación. -

Federación Argentina de Cámara de Farmacias

Confederación Argentina de Farmacias

Farmacias

Ponemos en vuestro conocimiento que por resolución del Directorio de la Obra Social del Personal de Farmacia que a partir del 1 de Octubre de 2020, entran en vigencia un nuevo modelo de recetario, el mismo se envía al pie de la nota y se adjuntan. Hasta el 30 de Septiembre del 2020 se reconocerán los dos modelos, el que está vigente y el nuevo, a partir del 01 de Octubre de 2020 solo se reconocerá las dispensas que este hechas en el nuevo modelo de recetario.

También, debido a las consultas recibidas, para poder validar los productos sin número de troquel, siempre que estén 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

Estos códigos solo se pueden aplicar en PLAN AUTORIZADOS. -
El sistema de validación no permite usar en los dos renglones de la validación un mismo número de código. -

Obra Social del Personal de Farmacia
R. N. O. S. 10740-4

Constitución 2066 – C.A.B.A.
Tel. / Fax 4941-1342 / 4943-4005/4086

Para las recetas que tienen plan mixto (tiene un producto de plan ambulatorio y otro producto plan autorizado) se deberá validar como plan autorizado. De esta manera el producto que no fue autorizado el validador tomara el porcentaje de cobertura que está establecido en el vademécum, mientras que el producto que está autorizado se validara con el porcentaje que aparece autorizado en el .- (ej.: rp1 paracetamol, rp2 insulina autorizada por la auditoria medica al 100, se cargara la receta como plan autorizado, cuando se carga el rp1 el validador tomara como % de cobertura 40%, cuando se valide el rp2 se deberá elegir el % que fue autorizado).-

Saludamos atentamente.

O.S.P.F. OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA			Recetario 1700381				
APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO		CUIL	DIAGNÓSTICO				
Fecha de Emisión	Número de Documento	Plan	Sexo	Edad	Fecha de dispensación		
21/08/20		GENERAL	F	30			
Rp.	Cant. de unidades en Letras		Precio Unitario	TOTAL	DTO. %	MONTO FUIO O.S.P.F.	IMPORTE A CARGO DEL BENEFICIARIO
Rp.	Cant. de unidades en Números		Precio Unitario	TOTAL	DTO. %	MONTO FUIO O.S.P.F.	IMPORTE A CARGO DEL BENEFICIARIO
Total Recetas				A Cargo del Beneficiario			
A Cargo de la Obra Social							
FECHA DE PRESCRIPCIÓN, FIRMA, SELLO CNRO. MATRICULA Y ACLARACION DEL PROFESIONAL							
CERTIFICO LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS							
ROTULO 1		ROTULO 2		ROTULO 3		ROTULO 4	
ROTULO 5		ROTULO 6		ROTULO 7		ROTULO 8	
FIRMA Y ACLARACION DEL AFILIADO							
DOMICILIO TELEFONO							
NORMAS DE PRESCRIPCIÓN Y FACTURACIÓN							
- La presente receta tendrá una validez de 7 días a partir de la fecha de prescripción médica.						Delegación	
- Importante: este Recetario vence e20/10/20						33 - SALTA	



O.S.P.F.

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA

Recetario
1700379



Apellido y Nombre del Beneficiario: _____ CUIL: _____ Diagnóstico: _____

Fecha de Emisión: **21/08/20** Número de Documento: _____ Plan: **GENERAL** Sexo: **M** Edad: **54** Fecha de dispensación: _____

Rp.	Cant. de unidades		Precio Unitario	TOTAL	D.T.O. %	MONTO FLUO O.S.P.F.	IMPORTE A CARGO DEL BENEFICIARIO
	en Letras	en Números					
			\$	\$			

Rp.	Cant. de unidades		Precio Unitario	TOTAL	D.T.O. %	MONTO FLUO O.S.P.F.	IMPORTE A CARGO DEL BENEFICIARIO
	en Letras	en Números					
			\$	\$			

Total Receta: \$ _____ A Cargo del Beneficiario: \$ _____
A Cargo de la Obra Social: \$ _____

FECHA DE PRESCRIPCIÓN: _____
FIRMA, SELLO CINRO, MATRÍCULA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL: _____

CERTIFICAR LA ENTREGA DE MEDICAMENTOS: _____

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL AFILIADO: _____

DOMICILIO: _____
TELÉFONO: _____

NORMAS DE PRESCRIPCIÓN Y FACTURACIÓN: _____

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

Importante: este Recetario vence e20/10/20 **33-SALTA**

**Obra Social
del Personal de Farmacia**

R. N. O. S. 1-0740-4

Buenos Aires, 13 de Septiembre de 2019.

**REF.: Actualizaciones Vademécum
Norma de atención**

FEDERACION

COLEGIOS

CAMARAS

FARMACIAS

De nuestra mayor consideración:

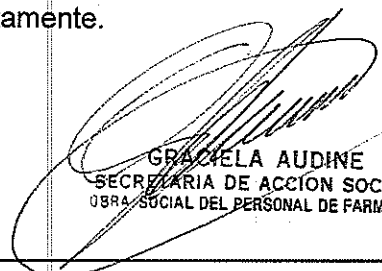
Ponemos en vuestro conocimiento que por resolución del Directorio de la Obra Social Personal de Farmacia a partir del 1º de Octubre de 2019 registrará el nuevo vademécum para la provisión de medicamentos ambulatorios destinados a nuestros Beneficiarios de todo el país, el cual se envían en archivo adjunto. También a partir de la misma fecha se implementara la **VALIDACION ON LINE**.

El nuevo y único vademécum se registrará en el marco de la Norma establecida según la Res.310/04 de la S.S.Salud para cada principio activo y dosis, la cobertura sigue siendo del 40%, 70% y 100%. Se mantiene los dos formatos de recetarios: **Recetario Oficial y el Recetario Oficial con la leyenda Convenio Colectivo**.

En la norma de atención, que se adjunta, se establecen las formas de cobertura según el plan, dichos planes estarán especificados en las recetas: Ambulatorio 40%: **PLAN GENERAL**, Crónicos 70%: **PLAN GENERAL** (solo si el validador autoriza su dispensa al 70%, según se indica en la Norma de Atención), PMI: **PLAN MATERNO INFANTIL**, Anticonceptivos: **PLAN GENERAL**. Para la dispensa de productos que no figuran en el vademécum – **AUTORIZACIONES ESPECIALES**- la receta deberá estar **AUTORIZADA** según se informa en la Norma de Atención con el Formulario de Autorización que será emitido por la Obra Social del Personal de Farmacia el mismo deberá adjuntarse a la receta original. Se envían las imágenes de los nuevos Recetarios que empezara a regir a partir del 01 de Octubre 2019, que coexistirán con los recetarios anteriores hasta 01 de Diciembre 2019. También se aceptaran hasta la misma fecha, las formas de dispensas que se vienen realizando.

El mencionado vademécum será publicado el 1º de Octubre de 2019 en nuestra página web www.ospf.org.ar, ante cualquier duda comunicarse a bonos@ospf.org.ar.

Sin otro particular, saludamos atentamente.


GRACIELA AUDINE
SECRETARIA DE ACCIÓN SOCIAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA

Obra Social
Del Personal de Farmacia
R. N. O. S. 1-0740
Constitución 2066
Tel. / Fax 4941-1342 / 4943-4005/4086
(1254) Buenos Aires

C.A.B.A., 05 de Octubre de 2023.-

Farmacias

Estimados

Mediante la presente nos ponemos en contacto con ustedes para informales que el sistema Operativo de la Obra Social está funcionando correctamente, por tal motivo, solo se podrán dispensar las prescripciones que se encuentren en **RECETARIO INSTITUCIONAL**.- Las recetas deberá validarse y el comprobante de validación deberá estar abrochado al recetario para ser presentado con la liquidación.-

Recordamos que se deben validar todas las recetas y se reconocerá el porcentaje de cobertura que indique la validación.- Los **PLANES** son: **PLAN AMBULATORIO, PLAN MATERNO INFANTIL Y PLAN AUTORIZADO**.-

En el Plan Autorizado se deben validar **SOLO** las recetas que van acompañadas con un **TRÁMITE de AUTORIZACION**, donde se indica el medicamento, las cantidades y porcentaje de cobertura.-

El número de receta que se debe cargar para la validación es el que se encuentre a la izquierda del código de barra, no se debe utilizar el código de barra.-

El CUIL que se debe cargar se encuentra a la derecha del Nombre y Apellido del Beneficiario, no se debe utilizar el Número de Beneficiario.-

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

RECETA 1572599

PAULA FABIOLA

CUIL 7727840239

GENERAL

Nº de receta que debe ingresar en el validador

Este Nº de Beneficiario no debe ingresarse en el validador

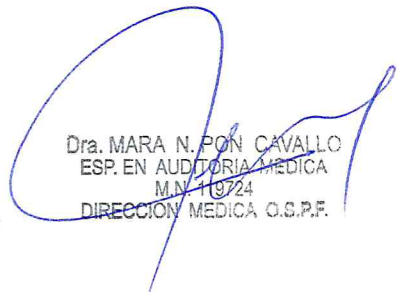
Nº de afiliado que debe ingresar en el validador

No leer el código de barras ni ingresar el número que figura debajo del mismo

Todas las recetas dispensadas a partir de **NOVIEMBRE 2023** serán **DEBITADAS** si no se acredita la validación adjuntando a las mismas el comprobante.-

Agradecemos como siempre la buena disposición para la atención de nuestros afiliados, ante cualquier duda consultar a los correos: bonos@ospf.org.ar ; bonos3@ospf.org.ar

Saludamos atentamente.-


Dra. MARA N. PON CAVALLO
ESP. EN AUDITORIA MEDICA
M.N. 119724
DIRECCION MEDICA O.S.P.F.