

**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:	▶ Se reconocerá como descuento del 70% del precio de venta al público, todas especialidades medicinales que figura en el vademecum con dicho descuento. El resto de los productos se reconocen al 40%. Si el afiliado no pertenece a este plan, se expondrán al 40%
PMI:	▶ Se reconocerá como descuento el 100% (cien por ciento) del precio de venta la público, con sello de PMI- Plan Mterno Infantil, todos las especialidades medicinales incluidas en el vademecum.
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
- ▶ Número de Beneficiario

Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional y con la misma tinta:

- ▶ Categoría.
- ▶ Sexo.
- ▶ Edad.
- ▶ Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expondrá 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.
- ▶ Adjuntar copia del ticket oficial o factura , legible cumpliendo con las Normas Legales vigentes, adherido de la parte superior, al dorso de la receta, con goma de pegar.

EXCLUSIONES

Solamente tendrán cobertura los productos que figuran en el vademécum.

AUTORIZACIONES ESPECIALES**PARA PRODUCTOS NO INCLUIDOS EN EL VDM**

En los casos de medicamentos prescritos que si requieren previa autorización, el Socio deberá gestionar la misma a través de algunas de las vías de comunicación existentes para tal fin. Como respuesta a la solicitud de autorización de parte del Socio, la Obra Social emitirá un FORMULARIO de AUTORIZACION, el cual constituye un elemento esencial para la dispensa de los productos autorizados, presentación de la facturación y reconocimiento para su pago.

Es indispensable, que este se envíe adjunto al recetario original, al momento de su presentación y el mismo se encuentre completo con todos los datos solicitados en dicho documento. Este formulario cuenta con un N° de Expediente único e irrepetible, el cual se constituye en elemento de control de la auditoria. En dicho formulario se indicará el descuento a cargo de la O.S. para cada producto.

MODELO FORMULARIO DE AUTORIZACION



Centro Operativo: SANTA CRUZ

Página: 1 / 1

Tipo de Trámite: MEDICAMENTO	Trámite Nro.: 1201485	ORIGINAL
Prioridad: TRÁMITE NORMAL	Fecha: 07/08/18	

DATOS DEL BENEFICIARIO			
Nombre y Apellido: [REDACTED]	Nro. Beneficiario: 30197551068-00		
Documento: DN [REDACTED]	Edad: 48	Localidad: RIO GALLEGOS	
Plan: GENERAL	Fecha Inicio Plan:	Fecha Fin Plan:	

DATOS DEL SOLICITANTE	 93942275000000018249000000012014857
Nombre y Apellido: .	
Domicilio:	
Localidad:	

Medicamento	Código	Cantidad	Porcentaje
GLEMPRIDE 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 Médico Auctor	Firma del Beneficiario	Fecha de emisión: _____ Diagnóstico: _____ _____ Firma, sello y matrícula de Ejector
--	------------------------	---

