



OSFATLyF - Obra Social Federación Argentina de Trabajadores de Luz y Fuerza

NORMA OPERATIVA

1/03/2023

1. DESCUENTOS A CARGO DE OSFATLyF

PLAN	COBERTURA
PLAN PMO (Ex BÁSICO) Ambulatorio	40% Para los productos incluidos en el Vademécum PMO según validación on line
PLAN ESPECIALES y ADHERENTES Ambulatorio	40% Para los productos incluidos en el Vademécum Especial según validación on line
PLAN MATERNO INFANTIL	VER ESPECIFICACIONES
PLAN PMO (Ex BÁSICO) Cronicidad	70% ó 100% Para los productos incluidos en el Vademécum PMO Crónicos según validación on line, únicamente para afiliados empadronados como CRONICOS
PLAN ESPECIALES y ADHERENTES Cronicidad	70% ó 100% Para los productos incluidos en el Vademécum RSPECIAL Crónicos según validación on line, únicamente para afiliados empadronados como CRONICOS

El descuento por prestaciones farmacéuticas, se realiza a los afiliados vigentes en la Obra Social según validación on line

Se informa que únicamente para la validación de recetas por **Discapacidad**, se podrá validar la misma receta, tantas veces como sea necesario.

Es decir que si una receta contiene 6 drogas / principios activos diferentes, la misma se deberá validar 3 veces, ya que el sistema cuenta con dos renglones por cada transacción.

2. DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

Credencial según modelo adjunto, Documento de Identidad y Receta

3. PLAN MATERNO INFANTIL

Mujeres Embarazadas: Hasta un mes después del parto:	☼ 100% Para todos los productos incluidos en el vademécum PMI según validación on line ☼ Fuera del Vademécum PMI rigen los descuentos habituales 40% para todos los productos incluidos en el vademécum ambulatorio de PMO BASICO y/o Especial según corresponda
Niños Hasta el 1º Año de vida:	☼ Descuento del 100% para todos los productos incluidos en el vademécum ambulatorio de PMO BASICO y/o Especial según corresponda y con validación on line
Leches:	☼ Exclusivamente con voucher autorizante de la Obra Social según modelo adjunto. Este segmento no requiere validación online

4. RECETARIO

TIPO	Recetarios oficiales, de médicos particulares, instituciones siempre que contengan membrete. De hospitales públicos (nacionales, provinciales o municipales) que cuenten con la identificación pre impresa o sello de los datos del mismo. <i>No se acepta propaganda médica</i> En todos los casos conteniendo <i>firma y sello de puño y letra en original</i> Se aceptan recetarios pre impresos, siempre con firma y sello en original Únicamente se aceptan recetas originales
VALIDEZ	30 (treinta) días contados a partir de la fecha de prescripción.
	Deben figurar los siguientes datos: ☼ Apellido y Nombre del Beneficiario ☼ Denominación de la Obra Social

DATOS
CONTENIDOS
EN LA RECETA

- ☼ Número de Beneficiario (Cuando en una receta el N° de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia debe aclararlo al dorso en forma correcta, indicando junto al N° consignado por el médico la frase "VER AL DORSO". El beneficiario debe firmar nuevamente como muestra de conformidad).
- ☼ Medicamentos recetados por principio activo (ley 25649), detallando tamaño y cantidad de cada uno con eventual sugerencia de marca comercial
- ☼ 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.
- ☼ Diagnostico (no excluyente)

5. LÍMITES DE CANTIDADES POR RECETA

CANTIDAD DE RENGLONES:	2 (dos). De diferentes principios activos
ENVASES POR RENGLON:	1 (uno) envase independientemente del tamaño
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS:	Hasta 5 (cinco) por receta
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS:	Hasta 1 (uno) por receta
ANICONCEPTIVOS:	Hasta 1 (uno) envase por receta y por mes

5. LÍMITES DE CANTIDADES POR MES

AMBULATORIO: hasta 2 (dos) recetas o 4 (cuatro) unidades envases por afiliado y por mes.

CRONICOS: la que valide el sistema según empadronamiento presentado por el afiliado, estos afiliados no serán alcanzados por el tope de 2 recetas o 4 unidades mes en la drogas declaradas en dicho empadronamiento

AUTORIZACIONES ESPECIALES: como ya hemos informado la Obra social ha dispuesto el tope de 2 recetas o 4 unidades afiliado mes en el sistema de validación on line. El consumo de una tercer receta o quinta unidad, siempre que se justifique, podrá ser autorizada por los Sindicatos.

Sistema de autorizaciones vía web, donde los médicos auditores de la Obra Social y Sindicatos tendrán acceso mediante una clave al historial de consumo de los afiliados, a efectos de autorizar, en los casos que corresponda, el consumo por encima de los topes establecidos vía web. La Delegación generará una autorización vía web la que arrojará un código, cuando el afiliado concurre a la Farmacia con la receta y dicho código, esta deberá validar la receta en misvalidaciones.com.ar ingresando ese código de autorización. **Ver instructivo para validar recetas.**

6. OTRAS ESPECIFICACIONES

Cuando el Médico:	Deberá 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

PSICOFARMACOS

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.

MEDICAMENTOS FALTANTES

Si por cualquier motivo en la farmacia falta el o los productos recetados, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 Hs. de haber sido requeridos por el beneficiario, quien debe conocer tal condición para adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta.

7. VALIDACION ON LINE

La validación on line es obligatoria y se realizará para todos los planes excepto Leches a través de www.misvalidaciones.com.ar

Tener en cuenta que el sistema valida los siguientes ítems:

Afiliado

Validez entre fechas de prescripción y venta

Productos según vademecum

Porcentaje 40, 70 o 100 según corresponda

Cantidades: en el caso de pacientes Ambulatorios tomará el tope de 2 recetas o 4 unidades mes afiliado, en el caso de pacientes CRONICOS tomará el tope según empadronamiento presentado por el afiliado

8. 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 y documento. (La ausencia de estos datos es motivo de débito).

☼ Consignar los importes: Unitarios y Totales, TOTAL GENERAL, A CARGO de OSFATLyF, A CARGO Afiliado.

☼ Adjuntar copia del ticket de venta a la receta. En caso de no poder hacerlo notifique por escrito las razones. Dicha información quedará en el legajo de la farmacia.

9. PRESENTACION

Plazo de presentación: 45 días corridos a partir de la fecha de dispensa e incluyendo la misma

Validez para refacturación: 45 días corridos a partir de haber recibido la liquidación

Todas las recetas de OSFATLYF deben presentarse con carátula de presentación. Asimismo deberán realizar el cierre de lote en www.misvalidaciones.com.ar

El porcentaje de descuento aplicado en cada caso debe figurar en el ticket de venta o bien agregado junto a la prescripción en forma manuscrita.

IMPORTANTE:

Toda farmacia tiene la obligación de ajustarse en todo a la Resolución 435/11 del Ministerio de salud de la Nación y las demás normas complementarias como las disposiciones 3683/11 y 1831/12 del ANMAT y Resolución 362/12 de la Superintendencia de Servicios de Salud por las cuales se compreten mediante el hardware y el software adecuado a satisfacer las normativas y artículos que ellas establecen en función de la

10. CREDENCIALES VIGENTES



PROVISIÓN DE LECHE			
Autorización N°:		Fecha:	/ /20
Afiliado N°:			
Apellido y Nombre:			
Fórmula Infantil Marca (PMI):	al 100 %		
Fórmula Infantil Marca:	al %		
Cantidad:	kg./mes	Tiempo:	por meses

Firma y sello

Retirar de Farmacia Sindical de localidad o farmacia de red contratada si no hay farmacia sindical en la zona.

