



NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE: OSEF (Obra Social del Estado Fuegoino)



DESCUENTOS A CARGO DE OSEF

PLAN AMBULATORIO	70% y 40 %
PLAN DERIVADO	40%, 70% y 100%
PLAN AUTORIZADO	40%, 70% y 100%
PLAN CANAL DIGITAL	70% y 40 %

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

Credencial Definitiva / Virtual, DNI y Receta

VALIDACIÓN OBLIGATORIA: ingresando al sitio: <https://sinval.ddaval.com.ar/> o a la página de FACAFA: <https://www.facaf.org.ar/>
Solicitar usuario y clave vía whatsapp al: 11-5912-4238 o vía mail a guadalupe.zarlenga@facaf.org.ar y matias.sfeir@facaf.org.ar

RECETARIO

TIPO:	Para las farmacias radicadas en Tierra del Fuego: Exclusivamente Receta Electrónica Receta electrónica ó convencional en el resto del país
VALIDEZ:	30 (treinta) días contados a partir de la fecha de prescripción.
Para los casos de receta convencional deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional y con la misma tinta:	
▶ Nombre de la Entidad ▶ Apellido y Nombre del Beneficiario ▶ Número de Beneficiario (En caso de no corresponderse con la credencial la farmacia deberá aclararlo al dorso de la receta, avalando la corrección con la firma del beneficiario). ▶ Numero de receta (Opcional) ▶ Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra cuando supere la unidad. ▶ Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad. ▶ La receta deberá contar con el diagnóstico. ▶ Fecha de Prescripción ▶ Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.	

LÍMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES:	3 (tres)
POR RECETA:	Hasta 6 (seis) envases
POR RENGLÓN:	Hasta 2 (dos) envases
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS:	Hasta 8 (ocho) por receta
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS:	Hasta 2 (dos) por receta
ANTIBIÓTICOS ORALES :	Hasta 3 (tres) unidades del menor tamaño con indicación de tratamiento por el medico prescriptor.

LÍMITES DE TAMAÑOS

Hasta 2 (Dos) del primer tamaño por renglón
Hasta 1 (uno) del segundo o tercer tamaño por renglón (salvo expresa autorización de auditoria medica)

OTRAS ESPECIFICACIONES

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

DE LA PRESCRIPCION

Según ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico

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.

PALAN MATERNO INFANTIL

100% de descuento para la madre, desde el momento de la gestación del embarazo y hasta un mes posterior al parto y para el recién nacido hasta el año de vida.

LECHES: Exclusivamente con autorización previa.

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 abrochador ni cinta adhesiva, debido que dificultan la lectura del código de barras).
- ▶ No se aceptaran mas de una receta por ticket, el cual debe pegarse sin obstruir la vista del dorso de la receta.
- ▶ 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, en receta y ticket 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 OSEF, A CARGO Afiliado.

EXCLUSIONES

Los descuentos indicados en este instructivo se aplican sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta que apruebe el validador

AUTORIZACIONES ESPECIALES

Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con los requisitos indicados en esta norma de atención, cuando se hallen autorizadas. Dicha autorización deberá adjuntarse a la receta.

MODELO DE CREDENCIAL

