

Vigente a partir del 04 de Diciembre de 2015.

ATENCIÓN:

Las marcas “@” identifican los puntos que **deben procesarse OBLIGATORIAMENTE** en el momento de la venta a través del sistema de validación ingresando en www.validacionescsf.com.ar o bien mediante los sistemas de facturación integrados.

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 es **OBLIGATORIO. SIEMPRE debe figurar en el RESUMEN DE FACTURACIÓN general** (planilla provista por COMPANÍA), que presenta su Farmacia (ver punto 11).

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

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

1. Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)

1.1. General:	50%	@
1.2. Autorizaciones Especiales y Cobertura según Res. 310:	70% ó 100% (Ver punto 8)	
1.4. Plan Materno Infantil:	100% (Ver punto 7)	

2. Habilitación del beneficiario:

2.1. Credencial Definitiva o Provisoria.

2.2. Habilitación del Beneficiario según validación ON LINE:

- Ingresar el **número de documento de identidad** tal como figura en la credencial.

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:

- De todo tipo (Particular o de Instituciones)

Atención – Farmacias de Cdad. de Buenos Aires, Gran Buenos Aires y Ciudad de Córdoba:

El **Recetario de Cronicidad para 3 meses** (según muestra punto 16) **NO es válido** debido a que la Entidad cuenta con un circuito especial para canalizar estos casos.

3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:

- Denominación de la entidad (en caso de que el recetario no sea el oficial de la entidad);
- Nombre y apellido del paciente;
- Número de afiliado (*)
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno;
- Firma y sello con número de matrícula y aclaración;
- Fecha de prescripción;
- **Diagnóstico;**

(*) 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.

4. Validez de la receta:

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

5. Topes de cobertura:

5.1. Límites de cantidades:	Sin Tratamiento Prolongado	Con Tratamiento Prolongado ^(5.2)
Especialidades por receta:	Hasta 2 (dos)	Hasta 2 (dos)
Envases por especialidad:	Hasta 1 (uno)	Hasta 2 (dos)
5.2. Tratamiento Prolongado:	Cuando el médico coloca de su puño y letra la frase "Tratamiento prolongado", su equivalente o abreviaturas, pueden expendirse las cantidades que se indican en la columna "con T.P.". Debe indicarse además el tamaño y/o contenido de cada uno por lo que, de omitirse este requisito sólo, se entregará un envase del menor tamaño y/o contenido existente.	
5.3. Antibióticos Inyectables:	Presentación	Entregar
	Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	Hasta 5 (cinco).
	Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	El menor número posible de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas. Por ejemplo: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expendirse 3 (tres) envases = 6 (seis) ampollas.
5.4. Psicofármacos:	<ul style="list-style-type: none"> El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia. 	
5.5. Otras especificaciones:	Cuando el médico:	Debe entregarse:
	<ul style="list-style-type: none"> No especifica cantidades Sólo indica la palabra "grande" Equivoca la cantidad y/o contenido 	<ul style="list-style-type: none"> El envase de menor contenido. La presentación siguiente a la menor. El tamaño inmediato inferior al indicado.

6. Productos cubiertos:

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

Cabe mencionar que las **Leches** cuentan con cobertura **únicamente para el Plan Materno Infantil con autorización previa de APPI S.R.L.**

7. Plan Materno Infantil :

Estas recetas NO SE VALIDAN electrónicamente

MUY IMPORTANTE

Los niños poseen cobertura **desde la fecha de su nacimiento hasta los 3 (tres) años de vida**. La farmacia deberá verificar la edad del beneficiario a través del Documento de Identidad.

7.1. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> Oficial de la entidad Plan Materno Infantil (según muestra punto 16). De todo tipo (Particular o de Instituciones). <p>Madre: Previamente autorizado por APPI SRL. Niños (hasta 3 años): No requieren autorización previa. La farmacia <u>debe verificar la edad del beneficiario a través del Documento de Identidad</u>, no siendo necesario ningún otro tipo de autorización adicional ni constancia de PMI.</p>
7.2. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos: Igual al resto de los Planes. Leches y Vacunas: Deben contar con previa autorización de la Entidad según Vademécum.
7.3. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos: Igual al resto de los planes. Leches: La cantidad que autorice la Entidad.

8. Autorizaciones Especiales:

Estas recetas **NO SE VALIDAN** electrónicamente

Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos y/o autorizaciones especiales (por ejemplo Patologías Crónicas, Plan Materno Infantil), cuando se hallen autorizadas mediante sello en la receta o vía fax por APPI S.R.L., únicamente por alguna de las personas detalladas a continuación:

- DR. DANIEL RAFIA
 - DR. FABIO LOMBARDO
 - DR. MARIO SARJANOVICH
 - DR. RAFAEL PIQUERAS
 - DR. ROLANDO CONCAS
- FACUNDO RIVERA
 - GRACIELA TERUYA
 - LUIS RIVERA
 - LUZ SUAREZ
 - MARCELO VALLES

9. 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.

10. Datos a completar por la farmacia:

10.1. **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.**

10.2. Fecha de venta;

10.3. Si la presentación no contiene numero de troquel, adjuntar código de barras del mismo;

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

10.5. 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.

10.6. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

10.7. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos;

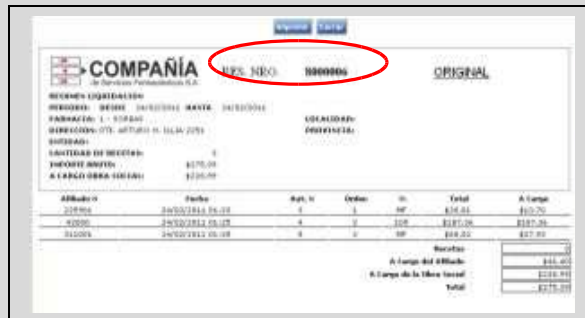
11. Cierre Electrónico de Lotes:

MUY IMPORTANTE: Todas las **RECETAS PROCESADAS ELECTRÓNICAMENTE** 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.

No olvide **permitir los elementos emergentes (pop-ups)** en su navegador de internet para un correcto funcionamiento de la página y de la herramienta de Cierre de Lotes.

Asimismo es **imprescindible IMPRIMIR el Cierre de Lotes** a fin de identificar correctamente la liquidación electrónica en el Resumen de Facturación general (ver punto 12). **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 12).

12. Presentación de Recetas no procesadas electrónicamente:

Todas las recetas de OSPCCyQ 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".

El Cierre electrónico de Lotes SIEMPRE debe indicarse en el Resumen de Facturación general (planilla provista por COMPANÍA), que presenta su Farmacia, **diferenciado del resto de las recetas sin validación on line.**

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

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

13. Recomendaciones Especiales:

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

13.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

- De acuerdo al orden de la prescripción.
- Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
- Sugerimos adherirlos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).

13.3. 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.

13.4. Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

14. Atención de Consultas:

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

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

15. Muestra de Credenciales:



En el sistema de validación debe ingresarse el N° de documento del afiliado.

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTON Y QUIMICOS		
Osvaldo Cruz 2075 - Cap. Fed. T.E.: 4126-0900 FAX: 4301-0512 www.ospapel.org.ar		
CREDENCIAL PROVISORIA VIA WEB		N° 15 - 056872
N° DE BENEFICIARIO: 3-20 3 521-0		
APELLIDO: MORENO	NOMBRES: ARIEL	DNI: 20 3 521
FECHA DE NACIMIENTO: 09-09-1968	DOMICILIO: ALTO VERDE - CORDOBA	
PERTENENCIA: 6	FECHA DE INGRESO: 14-11-2000	
C.U.I.T.:	RAZON SOCIAL:	
<p>El provisorio deberá presentarse conjuntamente con último recibo de sueldo y DNI. En el caso de pertenecer el carnet a un familiar, los datos de la empresa corresponden al afiliado titular. El último dígito que forma el número de beneficiario indica el tipo de beneficiario: 0 - Titular 1 - Cónyuge 2 - Concubina 3 - Hijos 5, 7, 8 y 9 - Otros. Para evitar inconvenientes mantenga actualizados sus datos domiciliarios.</p>		
EMITIDO: 18-11-2015		VENCE: 18-12-2015

Credencial Provisoria

16. Modelo de Recetario para el Plan Materno Infantil:



CODIGO DE ENTIDAD: 392

ANEXO I - CIRCULAR: 888/15 B

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS			RECETA AMBULATORIO			00000001			PLAN DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS			CODIGO O.S. SOCIAL: 1-1410											
FECHA DE PRESCRIPCIÓN			NÚMERO DE BENEFICIARIO			EDAD			SEXO			CATEG.											
APELLIDO Y NOMBRES												MÉDICO PROFESIONAL O INSTITUCIÓN			SERIE			RECETA N.º					
NOMBRE GÉNÉRICO Y DOSIS Rp. 1			FORMA FARMACÉUTICA			N.º DE UNIDADES			LETRAS			FECHA DE DISPENSACIÓN			CÓDIGO DE FARMACIA			NÚMERO DE ORDEN					
NOMBRE GÉNÉRICO Y DOSIS Rp. 2			FORMA FARMACÉUTICA			N.º DE UNIDADES			LETRAS			CANT.			PRECIO UNITARIO			IMPORTE			% O.S.		
DIAGNÓSTICO Rp. 1			DIAGNÓSTICO Rp. 2			CANT.			PRECIO UNITARIO			IMPORTE			% O.S.			TOTAL RECETARIO					
SELO INSTITUCIÓN			FIRMA FACULTATIVA			SELO - ACLARACIÓN FIRMA - MATRÍCULA			CANT.			PRECIO UNITARIO			IMPORTE			% O.S.					
SUSTITUCIÓN POR FARMACIA (DE MARCA)			Rp. 1			Rp. 2			A CARGO BENEF.			A CARGO O.S.			SELO			S. INTERV.					
CONSENTIMIENTO DEL ADSCRIBIDO EN CASO DE SUSTITUCIÓN			FIRMA PACIENTE			ACLARACIÓN			Firma Farmacéutico			Sello Farmacéutico			Firma Controlador			Autorización y Domicilio					
DELEGACIÓN:			EMBARAZO <input type="checkbox"/>			MES <input type="checkbox"/>			RÓTULO 4			RÓTULO 5			RÓTULO 6			RÓTULO 8					
PUERPERIO <input type="checkbox"/>																							

17. Recetario inválido:

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS			RECETA AMBULATORIO			00000001			PLAN DE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS			CODIGO O.S. SOCIAL: 1-1410											
FECHA DE PRESCRIPCIÓN			NÚMERO DE BENEFICIARIO			EDAD			SEXO			CATEG.											
APELLIDO Y NOMBRES												MÉDICO PROFESIONAL O INSTITUCIÓN			SERIE			RECETA N.º					
NOMBRE GÉNÉRICO Y DOSIS Rp. 1			FORMA FARMACÉUTICA			N.º DE UNIDADES			LETRAS			FECHA DE DISPENSACIÓN			CÓDIGO DE FARMACIA			NÚMERO DE ORDEN					
NOMBRE GÉNÉRICO Y DOSIS Rp. 2			FORMA FARMACÉUTICA			N.º DE UNIDADES			LETRAS			CANT.			PRECIO UNITARIO			IMPORTE			% O.S.		
DIAGNÓSTICO Rp. 1			DIAGNÓSTICO Rp. 2			CANT.			PRECIO UNITARIO			IMPORTE			% O.S.			TOTAL RECETARIO					
SELO INSTITUCIÓN			FIRMA FACULTATIVA			SELO - ACLARACIÓN FIRMA - MATRÍCULA			CANT.			PRECIO UNITARIO			IMPORTE			% O.S.					
SUSTITUCIÓN POR FARMACIA (DE MARCA)			Rp. 1			Rp. 2			A CARGO BENEF.			A CARGO O.S.			SELO			S. INTERV.					
CONSENTIMIENTO DEL ADSCRIBIDO EN CASO DE SUSTITUCIÓN			FIRMA PACIENTE			ACLARACIÓN			Firma Farmacéutico			Sello Farmacéutico			Firma Controlador			Autorización y Domicilio					
DELEGACIÓN:			EMBARAZO <input type="checkbox"/>			MES <input type="checkbox"/>			RÓTULO 4			RÓTULO 5			RÓTULO 6			RÓTULO 8					
PUERPERIO <input type="checkbox"/>																							

FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN N° 014580

NO INCLUIR EN ESTE RECETARIO MEDICAMENTOS PARA: TBC - INSULINAS - ANTICONVULSIVANTES - MESTINON - ERITROCIQUERINAS - INMUNOSUPRESORES - HIV - PMI Y MEDICAMENTOS CON COBERTURA DEL 50% UTILIZÁNDOSE PARA ELLO LOS RECETARIOS VIRTUALES.

Dicho recetario **NO es válido** debido a que la Entidad cuenta con un circuito especial para canalizar estos casos.