

**Vigente a partir del 1º de Noviembre de 2013.**

Las marcas “@” identifican los puntos disponibles para procesar en el momento de la venta a través del sistema de validación ingresando en [www.validacionescsf.com.ar](http://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 SIEMPRE debe figurar en el RESUMEN DE FACTURACIÓN general (planilla provista por COMPANÍA), que presenta su Farmacia (ver punto 16).

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

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

**1.Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)**

1.1. General:	<b>40%</b>	@
1.2. Antibióticos:	<b>50%</b> (según indica Vademécum)	@
1.3. Descuento adicional CMD (CENTRAL MUTUAL DOCENTE) (Exclusivamente Buenos Aires):	<b>10%</b> Se aplica en forma <b>adicional</b> para los afiliados <b>identificados con la sigla “CMD” en el Padrón de Habilitados.</b> (ver punto 10)	@
1.4. Plan Materno Infantil:	<b>100%</b> (ver punto 6)	@
1.5. Patologías Crónicas:	<b>70%</b> (ver punto 7)	@
1.6. Autorizaciones Especiales:	<b>Descuento que autorice la Entidad</b> (ver punto 11)	

**2.Habilitación del beneficiario:**

- 2.1. Credencial (según muestra).
- 2.2. Habilitación del Beneficiario según validación ON LINE (ver punto 21).
- 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:   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficial de la entidad (según muestra);</li> </ul>  |
| 3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta: | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre y apellido del paciente (*);</li> <li>• Número de afiliado (*) (**);</li> <li>• <b>Medicamentos recetados por principio activo</b>, indicando una marca sugerida incluida en el Vademécum.</li> <li>• <b>Cantidad de cada medicamento</b>, de acuerdo a la duración del tratamiento (ver punto 5);</li> <li>• <b>Diagnóstico en cada renglón</b> (aún cuando es el mismo, se debe repetir en cada renglón).</li> <li>• Firma y sello con número de matrícula y aclaración;</li> <li>• Fecha de prescripción;</li> </ul> <p>(*) <b>Datos que figuran preimpresos.</b><br/>(**) 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.</p> |

**4. Validez de la receta:**

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

Cabe mencionar que el recetario cuenta con una validez de 90 días entre su emisión y la prescripción por parte del profesional.

**5. Topes de cobertura:**

**El sistema de validación NO REALIZA este control.**

5.1. Límites de cantidades:

- La cantidad de envases a dispensar será la **coincidente o próxima con la cantidad total de unidades calculadas a partir de la dosis diaria y duración del tratamiento indicados.**
- **Duración del tratamiento en días:** se deberá consignar los días de tratamiento. La duración del tratamiento será de hasta 30 días.
- Dosis únicas: marcará 1 por día.

5.2. Antibióticos Inyectables:

**Presentación**
**Entregar**

Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla

Hasta 5 (cinco)

5.3. Psicofármacos:

- El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia.

5.4. Otras especificaciones:

**Cuando el médico:**
**Debe entregarse:**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• No especifica cantidades</li> <li>• Sólo indica la palabra "grande"</li> <li>• Equivoca la cantidad y/o contenido</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El envase de menor contenido.</li> <li>• La presentación siguiente a la menor.</li> <li>• El tamaño inmediato inferior al indicado.</li> </ul> |
|---|---|

**6. Plan Materno Infantil:**

6.1. Habilitación del beneficiario:

- Debe figurar en el **Padrón de Beneficiarios con la marca "PMI"**.

6.2. Recetario:

- Igual al resto de los planes (oficial de la Entidad). **NO requiere autorización.**

6.3. Productos Cubiertos:

- **Medicamentos:** 100% sobre todos los productos incluidos en el Vademécum vigente.
- **Leches:** Exclusivamente con Autorización mediante Formulario F5.

Cabe aclarar que aquellos **productos que requieren autorización** de la Entidad para su expendio **NO pueden ser expendidos aunque el beneficiario esté identificado con la marca "PMI"**.

6.4. Límites de cantidades:

- **Medicamentos:** Igual al resto de los planes.
- **Leches:** Lo que indique el Formulario F5.

**7. Patologías Crónicas:**

7.1. Habilitación del beneficiario:

- Debe figurar en el **Padrón de Beneficiarios con la marca "CRO"**.
- Si afiliado no figura en padrón con dicha marca, deberá aplicarse el descuento general del 40%.

7.2. Recetario:

- Igual al resto de los planes (oficial de la Entidad). **NO requiere autorización.**

7.3. Productos Cubiertos:

- **70%** de acuerdo a lo que indique el Vademécum vigente.

Cabe aclarar que aquellos **productos que requieren autorización** de la Entidad para su expendio **NO pueden ser expendidos aunque el beneficiario esté identificado con la marca "CRO"**.

7.4. Límites de cantidades:

- Igual al resto de los planes.

**8.Productos Cubiertos:**

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

**ATENCIÓN:** los **anticonceptivos** identificados con cobertura al 100% NO requieren autorización previa ni marca “Crónico” en el padrón de beneficiarios para su expendio.

**9.Controles especiales de la prescripción:**

9.1. Prescripción Odontológica:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibióticos</li> <li>• Anticariogénicos y Tratamientos de Llagas y Aftas</li> <li>• Antihemorrágicos</li> <li>• Antiherpéticos</li> <li>• Analgésicos (No Narcóticos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antiinflamatorios</li> <li>• Antimicóticos Bucales</li> <li>• Antihistamínicos</li> <li>• Antieméticos (No Setrones)</li> <li>• Vitaminas O Minerales</li> <li>• Vacunación Antitetánica</li> </ul>
---------------------------------	--	--

**10.Descuento adicional CMD (Central Mutual Docente) – Exclusivamente Buenos Aires:**

10.1.Habilitación del beneficiario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe figurar en el <b>Padrón de Beneficiarios con la marca “CMD”</b>.</li> </ul>
10.2.Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oficial CMD (ver muestra punto 19). <b>NO requiere autorización.</b></li> </ul>
10.3.Descuento:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>10% en forma adicional</b> a la cobertura que corresponda al afiliado (40%, 50%, 70% o bien el descuento que autorice OSDOP en el Formulario F5).</li> </ul> <p>Cabe mencionar que el descuento adicional del 10% <u>debe calcularse sobre el importe bruto</u> y NO SOBRE EL A CARGO DEL AFILIADO.</p>
10.4.Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos los productos incluidos en el Vademécum vigente.</li> </ul> <p>Cabe aclarar que aquellos <b>productos que requieren autorización</b> de la Entidad para su expendio deben contar <b>NO pueden ser expendidos aunque el beneficiario esté identificado con la marca “CMD”</b>.</p>
10.5.Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Igual al resto de los planes.</li> </ul>

**11.Autorizaciones Especiales:**

**Estas recetas NO SE PROCESAN electrónicamente**

Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos (Ej.: productos no cubiertos, límites de cantidades, productos que requieran autorización, afiliados fuera de padrón, etc.) cuando se hallen autorizadas mediante el “Formulario de autorización F5” (ver muestra punto 20).

El “**Formulario de Autorización F5**” debe ser presentado **siempre junto con el recetario oficial que autoriza**. Para ello, debe corroborarse la leyenda **BONO DE FARMACIA N° XXXXX**”.

En los casos en que el **recetario no sea oficial**, podrá dispensarse el medicamento siempre que el F5 cuente con **firma y sello original del Delegado de la Obra Social** correspondiente a la zona.

Aclaraciones adicionales:

- Plazo de validez del formulario: **30 días** desde la “**Fecha de solicitud**”.
- Porcentaje autorizado: único **porcentaje válido** es el indicado en el **casillero “%Cob”**.
- En caso de que el afiliado figure con la **marca “CMD”** en el padrón de habilitados, deberá **aplicarse 10% adicional al “%Cob”** que se indique en el Formulario F5.

**12.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.

**13. Datos a completar por la farmacia:**

**13.1. 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. @

13.2. Fecha de venta;

13.3. Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo.

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

13.5. 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.

13.6. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

13.7. Firma, aclaración, documento de identidad y domicilio de quien retira los medicamentos;

**14. Recomendaciones Especiales:**

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

14.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

- De acuerdo al orden de la prescripción.
- Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
- Se sugiere adherirlos con goma de pegar (sin utilizar abrochadora o cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).

14.3. 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.

14.4. Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

**15. Cierre Electrónico de Lotes:**

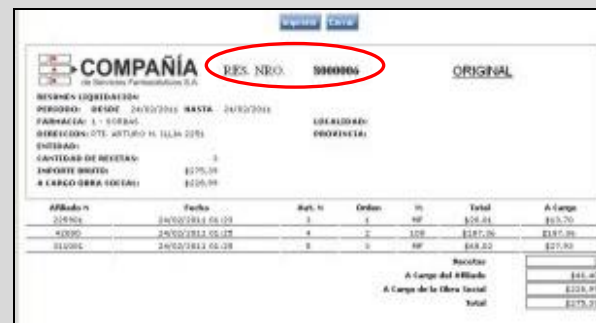
**MUY IMPORTANTE:** Todas las **RECETAS PROCESADAS ELECTRÓNICAMENTE** (aún las correspondientes a la cobertura adicional del 10% CMD) deben liquidarse **OBLIGATORIAMENTE** mediante la **herramienta CIERRE DE LOTES** que provee para ello el sistema de validación. **Caso contrario, es motivo de rechazo** de las mismas. Utilice dicha herramienta teniendo en cuenta las indicaciones del Instructivo General del sistema.

Asimismo **es imprescindible IMPRIMIR el Cierre de Lotes** a fin de identificar correctamente la liquidación electrónica en el Resumen de Facturación general (ver punto 16). **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:



Afiliado N	Fecha	Aut. N	Orden	Un	Total	A Cargo
225901	24/02/2013 01:23	3		MF	\$20,01	\$12,78
42080	24/02/2013 01:25	4	100	MF	\$187,36	\$197,36
311001	24/02/2013 01:25	5		MF	\$69,02	\$27,99
Recargas						0
A Cargo del Afiliado						\$40,77
A Cargo de la Obra Social						\$228,35
Total						\$275,32



Afiliado N	Fecha	Aut. N	Orden	Un	Total	A Cargo
225901	24/02/2013 01:23	3		MF	\$20,01	\$12,78
42080	24/02/2013 01:25	4	100	MF	\$187,36	\$197,36
311001	24/02/2013 01:25	5		MF	\$69,02	\$27,99
Recargas						0
A Cargo del Afiliado						\$40,77
A Cargo de la Obra Social						\$228,35
Total						\$275,32

**Atención:** Las recetas no procesadas electrónicamente (por ejemplo, Autorizaciones Especiales) deben liquidarse a través de la modalidad tradicional de planillas de Compañía (ver punto 16).

### 16. Presentación de Recetas no procesadas electrónicamente:

Todas las recetas de OSDOP **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".

Asimismo el **Cierre electrónico de Lotes SIEMPRE debe indicarse en el Resumen de Facturación general** (planilla provista por COMPANÍA) que presenta su Farmacia, **de igual modo que figuran las recetas sin validación on line.**

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

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

### 17. Atención de Consultas:

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

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

### 18. Muestra de Credenciales:




### 19. Muestras de recetas:

Obra Social Docentes Particulares		Emiso:		ORDEN DE RECETARIO DE MEDICAMENTOS		Orden N°		
Identificación del Grupo Familiar		Venc:		DNI: .....		IMPORTE FACTURADO		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tel: .....		Total RECETA PVP		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Domic: .....		Total RECETA a cargo de OSDOP		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Firma Afiliado o Responsable		Total RECETA a cargo del Afiliado		
PRESCRIPCIÓN				DISPENSA				
Diagnóstico / Problema de Salud 1				Código		Cantidad Dispensada	Total Precio Público	Total a cargo de OSDOP
Medicamento (Nombre Genérico)	Forma Farmacéutica	Dosis/Unidad	Dosis Diaria	Duración Trat en Dias				
Diagnóstico / Problema de Salud 2				Código		Cantidad Dispensada	Total Precio Público	Total a cargo de OSDOP
Medicamento (Nombre Genérico)	Forma Farmacéutica	Dosis/Unidad	Dosis Diaria	Duración Trat en Dias				
Datos del Prescriptor			Datos del Farmacéutico/Farmacia					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Adjuntar Troqueles					
Matricula	Difenda	Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fecha	
Firma y Sello			Firma y Sello					



**Recetario CMD (Central Mutual Docente) – Descuento adicional del 10%**

 Emitido: 05/09/2013 Vence: 03/09/2013		ORDEN DE RECETARIO DE MEDICAMENTOS		Orden N°	
Identificación del Grupo Familiar: 5749003			Importe Facturado: 15266180		
Nombre y apellido, Número de Af. <b>CMD</b>			TEL.: DOMICILIO:		
Prescripción			Firma Afiliado o Responsable		Total RECETA PVP Total a cargo OSDOP Total RECETA a cargo del afiliado
Diagnóstico / Problema de Salud 1			Código		Cantidad Dispensada Total Precio Público Total a cargo de OSDOP
Medicamento (nombre genérico) Forma Farmacéutica Dosis / Unidad Dosis diaria Duración Trat. en Días					
Diagnóstico / Problema de Salud 2			Código		Cantidad Dispensada Total Precio Público Total a cargo de OSDOP
Medicamento (nombre genérico) Forma Farmacéutica Dosis / Unidad Dosis diaria Duración Trat. en Días					
Datos del Prescriptor Matricula Diferida Fecha			Datos del Farmacéutico / Farmacia Matricula Fecha		
Sec. Imp. 00 Firma y Sello			Adjuntar Troqueles Deleg. Prescrip. B010 Deleg. Emisión B010 Firma y Sello		

**20.Muestra Formulario de Autorización:**

<b>Orden de Autorización Previa</b>			Osdop Medicamentos							
O.S.Do.P. - Deleg. B060 - SAN ISIDRO			Medicamentos Especiales <b>F5</b>							
N° Solicitud 15881134			Código de Autorización							
Bono Farmacia 15852628		Estado		Autorizado						
Afiliado		Edad								
Solicitante Médico - 9999 -MEDICO		Fecha Sol. 08/10/2013								
CIE-10 I11.0		Fecha Carga 08/10/2013 15:29:58								
Expediente N°		Fec. Prov. 09/10/2013								
Area Ambulatorio		Prov. Ant. 04/10/2013								
Detalle de Prácticas										
No Cambiar.	Nomenc.	Práctica	Dosis		% Aut.	Imp.Total	% Cob.	Estado	Cant.Ent.	
			Cant.	Diaria						Mensual
<input type="checkbox"/>	Manual Farmacéutico	5914262-	1	1	30	100	\$ 0,00	70%	Autorizado	<input type="checkbox"/>
Total a Cargo de la Obra Social										
Total General						\$ 0,00				
** SUJETO A AUDITORIA POSTERIOR **										
(Compra Farmacia Local)						Fecha de Entrega :				
Observaciones de Efectores y Presup.										

**Atención:**  
Validez 30 días desde la fecha de solicitud.

**21. Manual de Uso – Archivo de Beneficiarios:**

Detallamos a continuación la información contenida en el Archivo de Beneficiarios Habilitados que se valida electrónicamente:

<i>Columna</i>	<i>Cantidad de caracteres</i>
NÚMERO DE BENEFICIARIO	10 de 10
DESCUENTO ADICIONAL CMD	3 de 3
CRÓNICO	3 de 3
PLAN MATERNO INFANTIL	3 de 3

Los datos antes mencionados se presentan separados por espacios en blanco, como en el siguiente ejemplo:

2052271508 CMD  
2052271509  
2052318100  
2052399300 CRO  
2052399307 PMI