

O.S.P.I.V.
Obra Social del Personal de la Industria del Vestido

Cod. O.S.10962

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): OCTUBRE 2024

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO	O.S.	AFILIADO	OBSERVACIONES
Común	40%	60%	Se reconoce para este plan los medicamentos de venta bajo receta, prescriptos por nombre genérico, que se encuentren incluidos en el Vademécum de O.S.P.I.V.
Autorizados	70%	30%	La receta debe estar acompañada de una autorización de la Obra Social en original o bien enviada por mail desde la Obra Social. La falta de la autorización, será motivo de débito.
Autorizados	100%	—	

Cantidad Máxima de:

PRODUCTOS DISTINTOS POR RECETA: 2 (dos)

UNIDADES POR RENGLÓN: 1 (uno).

UNIDADES POR TAMAÑO: Hasta 1 grandes o mediano por receta.

Antibióticos inyectables: En envase individual: 5 (cinco) / Multidosis: 1 (uno)

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Recetarios oficiales: fondo blanco, impreso en azul (Modelo al pie).

Recetarios Particulares: Médicos particulares, Sanatorios, Hospitales, Federaciones o Asociaciones Médicas, siempre que contengan el membrete del médico o institución.

Es importante aclarar que las prescripciones en los recetarios No oficiales deberán contener los mismos datos que contiene el recetario Oficial.

Recetas Electrónicas: Se podrán aceptar prescripciones confeccionadas a través de diferentes plataformas, (emitidas por cualquier plataforma habilitada por el ministerio de Salud) las que deberán contener obligatoriamente los requisitos de identificación de cada receta, como, por ejemplo: código de barra, número de receta y/o QR. Además de los datos requeridos: Nombre y apellido, N° de afiliado, Fecha prescripción, medicamento genérico, forma farmacéutica, dosis/unidad, concentración.

Las recetas deben indicar que fueron firmadas electrónicamente o digitalmente por el profesional prescriptor (la firma electrónica sustituye legalmente a la firma ológrafa). Es importante aclarar que el afiliado siempre deberá presentar la receta impresa en la farmacia.

- Prescripción por genérico según la ley Nro. 25.649/02
- Cantidad de cada medicamento en números y letras.
- Enmiendas del prescriptor: solo salvadas con su firma y sello (NO válido para recetas electrónicas/digitales).
- Enmiendas del farmacéutico: salvadas por él mismo con conformidad del afiliado/tercero (NO válido para recetas electrónicas/digitales de validación obligatoria)
- Enmiendas del afiliado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

30 días corridos

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Al momento de validar, la Farmacia deberá ingresar en el campo N° de Afiliado los dígitos del documento de identidad (DNI, LC, LE) del Afiliado, sin ingresar puntos, ni guiones, ni barra, tal muestra el siguiente ejemplo: **Ej: 12.345.678 (DNI), 12345678 (Ingreso en el Validador)**

El afiliado deberá presentar en el momento del expendio el carnet vigente, documento de identidad para verificar la prescripción.

Para la facturación: Adjuntar comprobante de validación

MODELOS DE RECETARIOS

FRENTE RECETA OFICIAL

O.S.P.I.V.

Obra Social del Personal de la Industria del Vestido
 Tucumán 737 2º piso (1049) Capital Federal - Tel.: 4393-7114 / 4322-0463 Fax: 4393-1982

OBRA SOCIAL
RNOS-122005

Nombre del Profesional o Inscrito: _____

Nº: _____

Apellido y Nombre del Beneficiario: _____

Nombre de Beneficiario: _____

Ciudad: _____

Edad y/o Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: ☐ M ☐ F

Título de Dependiente: _____

P.A.T.: _____

Copiedad Registrada: _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

P.A.T.: _____

Copiedad Registrada: _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

Categoría: _____

Actividad Social: _____ **Actividad:** _____

Propio: ☐ **Arrendado:** ☐ **Comodato:** ☐

DORSO RECETA OFICIAL

[illegible]



COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 n° 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar

MODELO DE AUTORIZACION



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL VESTIDO - R.NOS. 12200-5

Solicitud de Medicacion N°0000000000002543

Estimado afiliado, queremos informarle que su solicitud se encuentra autorizada.

Datos de la solicitud

Afiliado: PALACIO TATIANA MORENA

DNI: 50109500

Afiliado N°00115852/02

Plan: OSPIV

Mail: lauraospivsativ@gmail.com Celular: 111111111 Telefono: 44444444

Programa: Anticoncepción 100%

Autorizado por: JUAN MANUEL TORRES MOIRANO

Matricula Nac.: Matricula Prov.:


Firma

Farmacia: COL.FARMAC.PCIA.BS.AS.(S.UNIFI - CUIT: 30550857061

Lista de Medicamentos

iny.IM a.x 1 ml - estradiol, valerato, noretisterona, enantato

Cantidad p/presentación: 3

Porcentaje: 100%

Posología:

RESUMEN

Planilla: Carátula On Line

Cantidad: una

Presentación: Mensual

CUIT

30-62703806-9

CTRL F: para buscar palabra clave.

WEB: WWW.COLFARMA.ORG.AR /

Para consultas sobre esta norma de atención comunicarse a Mesa de Ayuda:

mail: ayudaonline@colfarma.org.ar / Tel: 0810 333 4133 / wsp: 011 51476648