

OSPF (ex – FATFA)

Obra Social del Personal de Farmacia

Cod. O.S. 837

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): AGOSTO 2025

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

AMBULATORIO	Respuesta del Validador
P.M.I.	Respuesta del Validador
AUTORIZADOS	% Autorizado

PLAN AMBULATORIO: En este Plan se valida todo el segmento ambulatorio de la Obra Social, incluido el convenio Colectivo. Se reconocen todos los productos prescritos por nombre genérico, que se encuentren incluidos en el vademécum de O.S.P.F., confeccionado en base a la Resolución 310/04, 758/04 y sucesivas modificaciones de la SSS, con las coberturas del 40% ó 70%, según sea la condición del Afiliado.

PLAN PMI: Se reconocen todos los productos prescritos por nombre genérico, que se encuentren incluidos en el vademécum de O.S.P.F., confeccionado en base a la res. 310/04, 758/04 y sucesivas modificaciones de la SSS, con cobertura del 100% del PVP. La cobertura será para la madre desde el diagnóstico de embarazo hasta 30 días posteriores al parto y para el recién nacido hasta el año de vida

ANTICONCEPTIVOS: Se valida en el plan Ambulatorio, se reconocen aquellos anticonceptivos prescritos por nombre genérico, que se encuentren incluidos en el vademécum de O.S.P.F., confeccionado en base a la Res. 310/04, 758/04 y sucesivas modificaciones de la S.S.S., con una cobertura del 100%.

PLAN AUTORIZADOS: Podrán dispensarse todo lo que se contraponga con la presente norma de atención, como por ej: medicamentos excluidos, Accesorios, etc, siempre y cuando estén autorizados por O.S.P.F, donde consten los datos que se observan en el ejemplo del modelo de autorización en la presente norma. La fecha a considerar debe ser la de la prescripción de la receta (30 días).

LECHES: Se reconocen sólo leches medicamentosas con el 100 % de descuento siempre que cuenten con la Autorización Correspondiente.

MATERIAL DESCARTABLE: Se reconocen con el 100% de descuento, con prescripción médica y Autorización previa de la OSPF CENTRAL (Solo productos nacionales)

Toda Autorización, deberá estar adjunta a la receta.

Para validar **Accesorios**, se deberá seguir los pasos del instructivo (ver Instructivo al pie).

PRODUCTOS POR RECETA: 2 (dos) de distinto principio activo.

PRODUCTOS POR RENGLÓN: 1 (uno)

POR RECETA: 1 (uno) grande o mediano, del vademécum.



Antibióticos Inyectables por receta: Monodosis.: 5 (cinco)- Multidosis: 1 (uno).

TAMAÑOS:

Cuando el médico no indica el tamaño: se dispensará el menor del vademécum.

Cuando el médico equivoca cantidad o contenido: se dispensará el tamaño inmediato inferior.

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

OFICIAL: SI

Otros: NO

PMI: Las recetas son oficiales y deben llevar la leyenda pre-impresa "Plan Materno Infantil".

Recetario Convenio Colectivo: color blanco con leyenda convenio colectivo en gris o nuevo modelo, ejemplo al pie.

Recetario Ambulatorio: color blanco impreso en negro o nuevo modelo, ejemplo al pie.

Se reconocerán como válidos aquellos recetarios oficiales cuyos datos del afiliado (Apellido, Nombre y número del beneficiario) figuren pre impresos: APELLIDO y NOMBRE, CUIL, FECHA DE EMISION, N° DE BENEFICIARIO, PLAN, SEXO y EDAD.

Deben figurar los siguientes datos de puno y letra del profesional y con la misma tinta:

- Categoría
- Sexo
- Edad
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en n° y letras (si no expresa cantidad se expendirá solamente uno)
- Diagnóstico (la ausencia es motivo de débito)
- 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.

La falta de alguno de estos datos será motivo de débito

- 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

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Reconocimiento del Afiliado: Se deberá ingresar el N° de CUIL del afiliado sin guiones.

Documentación a presentar por el beneficiario: credencial, documento de identidad, receta.

. Odontólogos: Solo podrán prescribir medicamentos relacionados a su especialidad.

. No se reconocerán medicamentos que no tengan relación con la edad y el sexo del paciente.

. El beneficiario o tercero al retirar la medicación deberá colocar en la receta: Firma, Aclaración, Domicilio y N° de Documento.

. No se aceptan enmiendas sobre corrector líquido.

Datos a completar en la receta 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 o cinta adhesiva. No utilizar abrochadora debido a que dificulta la lectura del código de barra.

- Número de orden de la receta.
- Sello y Firma de Farmacia
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y DNI. (La ausencia de estos datos es motivo de débito)
- Adjuntar el comprobante de validación a la receta, donde consten todos los datos de la transacción. Dicho comprobante, deberá contar también con la firma y datos del afiliado o tercero (aclaración, número de documento, domicilio y teléfono), sin la necesidad de valorizar la receta. La falta del comprobante de validación será motivo de débito.

Se informa que a partir del día 20/09/2024, al momento de validar las recetas se deberá completar de forma obligatoria un nuevo campo denominado "Diagnóstico" en el cual se deberá ingresar el diagnóstico que figure en la receta.

MODELOS DE RECETARIOS

Receta Ambulatorio

Receta Convenio Colectivo

Puede tener un código de barras con un número que arranca con 000 (ese no es el que se debe cargar,) se ingresa el que está al lado de la palabra receta o recetario.

MODELOS DE CREDENCIALES



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

Obra Social del Personal de Farmacia RNOS 107404

CUIL:
APELLIDO:
NOMBRE:
TIPO DOC:

FECHA DE EMISION: 12/03/2019
SERVICIO DOMESTICO
Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago

Roque F. Garzon
PRESIDENTE OSFP

Obra Social del Personal de Farmacia RNOS 107404

CUIL:
APELLIDO:
NOMBRE:
TIPO DOC:

FECHA DE EMISION: 12/03/2019
JUBILADO
Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago

Roque F. Garzon
PRESIDENTE OSFP

Obra Social del Personal de Farmacia RNOS 107404

CUIL:
APELLIDO:
NOMBRE:
TIPO DOC:

FECHA DE EMISION: 12/03/2019
Regimen Monotributo
Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago

Roque F. Garzon
PRESIDENTE OSFP

Obra Social del Personal de Farmacia RNOS 107404

CUIL:
APELLIDO:
NOMBRE:
TIPO DOC:

FECHA DE EMISION: 12/03/2019
Regimen Monotributo
Prestaciones Médicas Asistenciales válidas con el último ticket de pago

Roque F. Garzon
PRESIDENTE OSFP

MODELOS DE AUTORIZACION

O.S.P.F. Centro Operativo: LA PLATA Pagina: 1 / 1

Tipo de Trámite: MEDICAMENTOS ESPECIALES Trámite Nro.: 3079647
Prioridad: TRÁMITE URGENTE Fecha: 13/07/23 **ORIGINAL**

DATOS DEL BENEFICIARIO
Nombre y Apellido: **Nombre del afiliado** No. Beneficiario: **N° del afiliado**
Documento: **DNI del afiliado** Edad: **Edad del afiliado** Localidad: **Localidad correspondiente**
Plan: **Correspondiente** Fecha Inicio Plan: Fecha Fin Plan:

DATOS DEL SOLICITANTE
Nombre y Apellido:
Domicilio:
Localidad:
000307964730

Medicamentos Especiales

Medicamentos Especiales	Código	Cantidad
OMATEX / CLEXANE (ENOXAPARINA) 40 MG AMPOLLAS X 10 - % DTO. 100.00		3

Trámite: AUTORIZADO Fecha de Autorización: 13/07/23 <VALIDEZ 30 días>
Estado de Cuenta: ADEUDA PERIODOS 04/23, 05/23

Vale fecha de prescripción: 13/07/2023

Observaciones: **AUTORIZADO A REALIZAR EN PRESTADOR DE OSFP**

Ad referendum de Auditoría Médica Central. Esta autorización debe adjuntarse a la facturación, junto con una copia de los informes o historia clínica. Validez de la Autorización: 30 días

Auditor: **Nombre del médico auditor**

Firma y sello del Médico Auditor Firma del Beneficiario Firma, sello y matrícula de Efecto



INSTRUCTIVO PARA LA VALIDACIÓN DE ACCESORIOS

En el caso que se tenga que validar un “Accesorio”, se deberá proceder de la siguiente manera:

– En el validador, se deberá seleccionar la Obra Social O.S.P.F, a continuación el Plan Autorizados. Como muestra la siguiente imagen:

MESA DE AYUDA 0810 333 4133 **VALIDACIÓN ONLINE**
LUNES A VIERNES DE 8:45 A 20:30 HS.

VALIDACIÓN ▾ CIERRE DE PRESENTACIÓN ▾ CONSULTAS ▾ PEDIDOS A DROGUERÍAS ▾ SIAFAR ▾ CONSULTAS PAMI ▾ IOMA MEPPES ▾ TRAZABILIDAD ▾

Validación de Recetas

Obra Social: OSPF (EX-FATFA) Ver Norma de Atención

Plan: Autorizados Rta.Ofic.OSPF(Aut.)

Nro.Afiliado:

Cod.Autorizacion:

Fecha de Pres: 14/02/2023

Fec.Dispensa: 14/02/2023

Medico: Prov ▾ Matricula:

Cantidad	Troq./Cod.Barras	% Cober.		Cantidad	Troq./Cod.Barras	% Cober.	
1			Acces.a disp.				Acces.a disp.
			Acces.a disp.				Acces.a disp.

– Al momento de ingresar el Accesorios a dispensar, se deberá hacer Clic en el botón “Acces. a disp.”, como muestra la imagen a continuación:

MESA DE AYUDA 0810 333 4133 **VALIDACIÓN ONLINE**
LUNES A VIERNES DE 8:45 A 20:30 HS.

VALIDACIÓN ▾ CIERRE DE PRESENTACIÓN ▾ CONSULTAS ▾ PEDIDOS A DROGUERÍAS ▾ SIAFAR ▾ CONSULTAS PAMI ▾ IOMA MEPPES ▾ TRAZABILIDAD ▾

Validación de Recetas

Obra Social: OSPF (EX-FATFA) Ver Norma de Atención

Plan: Autorizados Rta.Ofic.OSPF(Aut.)

Nro.Afiliado:

Cod.Autorizacion:

Fecha de Pres: 14/02/2023

Fec.Dispensa: 14/02/2023

Medico: Prov ▾ Matricula:

Cantidad	Troq./Cod.Barras	% Cober.		Cantidad	Troq./Cod.Barras	% Cober.	
1			Acces.a disp.				Acces.a disp.
			Acces.a disp.				Acces.a disp.

-Luego el sistema despliega una pantalla, en la cual se deberá ingresar en Buscar Producto el código correspondiente, de los detallados a continuación:



Descripción	Códigos
ACCESORIOS SIN IDENTIFICACION	15000460
MEDICAMENTO FUERA DE ALFABETA	300007
APLICACIONES	300003
FRACCIONADOS	300006
ALIMENTICIOS	300004
DESCARTABLES	300002

-Luego hacer Clic en “**Buscar**”, allí el sistema detalla: **N° Troquel seleccionado, Nombre, Presentación, Laboratorio Y Cod. Barras**. Como se puede ver en la siguiente imagen:

Accesorio a dispensar

Buscar Producto: Importe del Producto:

Nro. Troquel	Nombre	Presentacion	Laboratorio	Cod. Barras
300003	APLICACIONES	Vs.	Accesorios Varios	

-A continuación, se debe hacer clic sobre el Nro. Troquel (imagen *), según lo ingresado y se abrirá otra ventana (imagen **), en la cual se deberá ingresar el “Importe del producto” a cobrar y hacer clic en el botón “**Confirmar**”.

Accesorio a dispensar

Buscar Producto: Importe del Producto:

Nro. Troquel	Nombre	Presentacion	Laboratorio	Cod. Barras
300003	APLICACIONES	Vs.	Accesorios Varios	

Accesorio a dispensar

Buscar Producto: Importe del Producto:

Producto Seleccionado: **APLICACIONES Vs.**

-Luego de confirmar, el sistema mostrará la pantalla con todos los datos ingresados previamente, una vez verificados, se deberá hacer Clic en “**Validar**”, como se hace habitualmente, como muestra la imagen a continuación:



MESA DE AYUDA 0810 333 4133 VALIDACIÓN ONLINE
LUNES A VIERNES DE 8:45 A 20:30 HS.
VALIDACIÓN ▾ CIERRE DE PRESENTACIÓN ▾ CONSULTAS ▾ PEDIDOS A DROGUERÍAS ▾ SIAFAR ▾ CONSULTAS PAMI ▾ IOMA MEPPES ▾ TRAZABILIDAD ▾
Validación de Recetas

Obra Social: OSPF (EX-FATFA) ▾ Ver Norma de Atención	Plan: Autorizados Rta.Ofic.OSPF(Aut.) ▾
Nro.Afiliado: 1111111111	Cod.Autorizacion 000000
Fecha de Pres 14/02/2023 ▾	Fec.Dispensa: 14/02/2023 ▾
Medico Prov ▾ Matricula	

Cantidad	Troq./Cod.Barras	% Cober.		Cantidad	Troq./Cod.Barras	% Cober.	
1	300003 APLICACIONES Vs.	100	 Acces.a disp.				 Acces.a disp.
			 Acces.a disp.				 Acces.a disp.

Validar



RESUMEN

Planilla: Carátula On Line
Cantidad: Una
Presentación: Mensual.

CUIT

33-64810438-9

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