

O.S.P.FE.SI.Q.Y.P
OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION DE SINDICATOS DE TRABAJADORES DE
INDUSTRIAS QUIMICAS Y PETROQUIMICAS DE LA REPUBLICA ARGENTINA
Cod. O.S. 12800

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): MARZO 2025

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO	O.S.	AFILIADO	OBSERVACIONES
Plan Común	40%	60%	Se reconocerán todos los medicamentos incluidos en el vademécum de OSPFESIQYP, con cobertura del 40 %.
PMI	100%	—	La cobertura será del 100%, para los medicamentos que componer el vademécum de la Obra Social, siempre que la receta cuente con la leyenda PMI y el afiliado acredite dicha condición.
Plan Excepción	50%/70%/100%	resto	OSPFESIQYP podrá autorizar el expendio de medicamentos (dentro o fuera del Formulario de OSPFESIQYP o el Anexo de OSPFESIQYP) con diferentes coberturas. En la autorización, la cual puede figurar al dorso de la receta o adjunta a la misma, debe indicarse el porcentaje autorizado 50% o 70% o 100% y el nombre completo con firma y sello del personal autorizante.

Cantidad Máxima de:

En los Planes Común, Excepción y PMI, la cantidad de envases a dispensar será la que resulte coincidente o próximo, con la cantidad total de unidades calculadas a partir de la dosis diaria y la duración del tratamiento indicados, con un máximo de hasta 30 días de tratamiento, excepto los medicamentos autorizados, para los cuales se reconocerá la cantidad y tamaños autorizados por la Auditoría de OSPFESIQYP.

PRODUCTOS DISTINTOS POR RECETA: dos productos, pueden ser del mismo principio activo, excepto los anti infecciosos marcados con una cruz en el Formulario Terapéutico de OSPFESIQYP que deben ser de distinto principio activo.

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Oficial: SI (ver modelo al pié)

Otros: SI. La Obra Social también aceptará recetas No oficiales, siempre que las mismas sean originales y cuenten con los mismos datos que contiene el recetario oficial de OSPFESIQYP.

DATOS QUE DEBEN FIGURAR:

Frente de la receta:

- Fecha de prescripción. Diferida (si corresponde)
- Diagnóstico o problema de salud. Su falta es motivo de débito.
- Medicamento, Forma Farmacéutica, concentración, dosis diaria, duración en días
- Matrícula del médico
- Firma y sello del Médico ambos en original.
- 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

15 días contados a partir de la fecha de prescripción. Si la receta consta de autorización deberá ser dispensada dentro de los 15 días de la autorización, independientemente de la fecha de prescripción.

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Reconocimiento Afiliado:

Para validar se deberá ingresar el número de afiliado completo sin guiones ni barras.
Ejemplo N° afiliado 22-11223344-5/03 se debe tipear: 2211223344503.

Datos de afiliado o tercero interviniente

-Firma, tipo y número de documento del afiliado o tercero interviniente, domicilio y teléfono.

Completar por el Farmacéutico

- Número de orden, de acuerdo a como fueron grabadas (las recetas validadas deben ser ordenadas en el mismo orden que fueron validadas).
- Fecha de venta.
- Código de la Farmacia
- Cantidad dispensada
- Se deberá adjuntar el comprobante de Validación o ticket de venta, firmado por el Afiliado o Tercero, en el cual consten: el precio de venta al público, monto total a cargo de OSPFESIQYP, total de la receta, total a cargo del beneficiario, total a cargo de la O.S. La Falta de mismo es motivo de Débito.

- Firma del Farmacéutico
- Sello de la Farmacia

· Las enmiendas de precios deberán ser salvadas por el farmacéutico y por la persona que retira los medicamentos.

Importante: La afiliación deberá ser verificada en la Oficina Farmacéutica, mediante la presentación del carnet de afiliación y DNI.

Aclaración:

En el caso que la Obra Social autorice porcentajes mixtos en una receta, se deberá proceder de la siguiente manera:

Deberá validar por separado con el porcentaje autorizado correspondiente (Ej: Rp1 Autorizado al 50% y Rp2 Autorizado al 70%).

– En la receta original se debe adjuntar el troquel y el comprobante e validación o ticket correspondiente al Rp1 según porcentaje, además de la firma y datos del afiliado o tercer interviniente, sello y firma de la farmacia.

– Para el Rp2 tiene que presentar la copia de la receta, junto con el comprobante de validación o ticket y troquel correspondiente, además de la firma y datos del afiliado o tercero interviniente, sello y firma de la farmacia.

MODELOS DE RECETARIOS

Recetario Oficial



RESUMEN

Carátula: on line

Cantidad: Una

Presentación: hasta tres meses contados a partir de la fecha en que debieron ser

presentadas.

Las refacturaciones se podrán elevar con un plazo máximo de 90 días de recibido el débito.
Facturación: todos los planes juntos.

CUIT

30-71170394-9

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