



Abril 2004

**Obra Social  
O.S.P.I.F.**

Nombre Completo: Obra Social del Personal de la Industria Fideera  
N° CUIT: 30-53204060/0 Cód. de O.S.: 10790  
Dirección: Río de Janeiro 34/36 - Capital Federal.

**DESCUENTO OS Afiliado**

Plan Básico (1)	40%	60%
Plan Especial (1)	50%	50%
Plan Materno Infantil (1) y (2)	100%	---
Diabetes 70 (3)	70%	30%
Diabetes 100 (3)	100%	---
Otros: NO		

**TIPO DE RECETARIO:**

Oficial: SI (1) Particular: SI (1)  
Otros: SI (1)

**VALIDEZ DE LA RECETA:** 30 días

**TROQUELADO:** SI (Completo con N° y Cód. de barra)

**FECHA DE EXPENDIO:** SI

**ACLARACIÓN FIRMA MÉDICO Y N° MATRÍCULA:**

Sello: SI (4) Manuscrito: NO

**ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES:**

Letras: SI Números: SI

**ENMIENDAS SALVADAS:**

Por el Médico: SI  
Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI

**DEL RESUMEN:**

Planilla: Sistema Unificado  
Cantidad: Triplicado  
Presentación: Quincenal  
Facturación: **Por separado los distintos porcentajes.**  
Refacturación: la farmacia tiene 30 días corridos desde que recibe la receta rechazada para volver a presentarla. Debe presentarse en forma separada, acompañadas de la hoja del débito que dio origen a la misma.

**COBERTURA DEL SERVICIO:** Para toda la Pcia. de Bs. As.

**DE LA PRESCRIPCION:**

Cantidad Máxima de:

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

**PRODUCTOS POR RENGLÓN :** 1 (uno)

**TAMAÑOS POR RECETA:** 1 (uno) grande o mediano por receta si se encuentra presecripto como tal, con Leyenda:

“Tratamiento Prolongado”. (5)

**ANTIBIÓTICOS INYECTABLES:**

Monodosis: 5 (cinco) - Multidosis: 1 (uno).

**RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:**

Se reconocerán todos los medicamentos, prescriptos por nombre genérico, del **Vademécum de OSPIF** excepto los de **V. Libre o sin troquel**

**IMPORTANTE:** Tener en cuenta que todos los medicamentos incluidos en Listado adjunto deberán tener la **Autorización de O.S.P.I.F Central** por el Médico Auditor

**INSULINAS:** Se reconocerán todas las Insulinas que figuren en el M. Farmacéutico con un Dto. 100 %

**TIRAS REACTIVAS:** Se reconocerán todas las tiras reactivas con un Dto. del 70% , excepto la de **V. Libre**

**LECHES:**

Leches Medicamentosas durante los 3 (tres) primeros meses de vida del niño y hasta 4 Kg por mes, con **Autorización de O.S.P.I.F Central**

Leches Maternizadas durante los 3 (tres) primeros meses de vida del niño y hasta 4 kg por mes solo por **excepción Autorizada por O.S.P.I.F. Central**

**AUTORIZACIONES ESPECIALES:**

SE EXCEPTÚAN TODOS LOS CASOS SI LA RECETA POSEE UNA AUTORIZACIÓN ESPECIAL EXTENDIDA POR EL «DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA MÉDICA» DE OSPIF SEDE CENTRAL SELLADA Y FIRMADA POR EL **MÉDICO AUDITOR**

**OBSERVACIONES:**

Ver al dorso

Dorso de:  
**O.S.P.I.F.**

**OBSERVACIONES:**

- 1) **Recetario Oficial** para Planes Básico y Especial: de 2 (dos) renglones, fondo blanco, impreso en negro. Para el Plan Especial las recetas poseerán, además, un sello identificatorio con el nombre del Plan. Caso contrario, se dispensarán como Plan Básico.  
**Plan Materno Infantil:** recetario oficial con sello con leyenda "Plan Materno Infantil"  
**Diabetes 70 y 100:** recetario oficial color celeste.  
**Recetario Particular:** Autorizado por la Delegación o Seccional  
 TODAS LAS RECETAS DEBEN ENCONTRARSE AUTORIZADAS POR OSPIF (excepto las dispensadas en horario de turnos, es decir, sábados por la tarde, domingos, feriados y horarios nocturnos).
- 2) **PLAN MATERNO INFANTIL:** Para la madre hasta un mes después del parto y al niño durante el primer año de vida.
- 3) **Plan Diabetes 70:** se reconocen con el 70% las tiras reactivas ( excepto V. Libre) y los hipoglucemiantes orales.  
  
**Plan Diabetes 100:** se reconocen con el 100% de descuento las insulinas. En este caso no posee límite de vademécum, sino que reconocen todas las que figuren en el Manual Farmacéutico
- 4) Los datos del sello médico deben ser claros, caso contrario la receta no puede ser dispensada.

5) LIMITACIONES DE TAMAÑO

a) Si no indica	El menor	
b) Si indica contenido	El requerido	
c) Si indica la palabra GRANDE y existen tres (3) o más tamaños	Con TRATAMIENTO PROLONGADO	El Mayor
	Sin TRATAMIENTO PROLONGADO	El siguiente al menor
d) Si indica la palabra GRANDE y existen dos (2) tamaños	Con TRATAMIENTO PROLONGADO	El Mayor
	Sin TRATAMIENTO PROLONGADO	El Menor
e) Si equivoca el contenido		El inmediato inferior al indicado

**NOTA:**

- El afiliado deberá exhibir carnet de afiliación (fondo amarillo, impreso en negro; fondo celeste, impreso en negro; fondo verde, impreso en negro), recibo de sueldo de hasta 90 días anterior a la fecha de venta del medicamento y documento de identidad. El afiliado deberá conformar la entrega del medicamento mediante firma, aclaración y colocación de documento y domicilio.
- Odontólogos solo podrán prescribir medicamentos de su especialidad.
- No se reconocerán medicamentos que no tenga relación con la edad y/o sexo del paciente.
- No se aceptan enmiendas sobre corrector líquido.

**IMPORTANTE:**  
 El farmacéutico podrá corregir el número de afiliado, salvando al dorso, con firma conforme del afiliado.