



# OSFATUN

OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DEL TRABAJADOR  
DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES

<b>DESCUENTO</b> Planes PMO y BÁSICO Plan INTEGRAL Plan PREMIUM Plan NO DOCENTE UN Anticonceptivos Patologías Crónicas, Hipoglucemiantes Orales, Tiras Reactivas de Glucosa en sangre e Insulinas: Plan Materno Infantil	<b>OS</b> 40% 50% 70% 40 ó 70% 100% 70% ó 100% 100%	<b>RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:</b> Se reconocerán únicamente los Medicamentos <u>incluidos</u> en el <b>Vademécum de OSFATUN</b> con el porcentaje correspondiente a cada plan.  <b>P.M.I.:</b> Los productos inherentes al embarazo o puerperio incluidos en el Vademécum de la Entidad. Leches: <u>No poseen cobertura</u>  <b>Anticonceptivos:</b> En recetario igual al resto de los planes, ya sea en original o fotocopia. La cobertura será del 100% exclusivamente para las afiliadas mujeres, las cuales podrán retirar los envases para el uso mensual exclusivamente (Env. por 21, 28 o 35 Compr.), después de los 21 días posteriores a la última dispensa. Requiere autorización que es cargada por la obra social en el validador. Puede estar prescripto con otro medicamento.  <b>Patologías Crónicas y Diabetes:</b> En recetario igual al resto de los planes, ya sea en original o fotocopia.  <b>AUTORIZACIONES ESPECIALES:</b> Sólo podrán expedirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos y/o autorizaciones especiales (por ejemplo Patologías Crónicas y Plan Materno Infantil), cuando se hallen autorizadas mediante sello en la receta o vía fax, <u>únicamente</u> por alguna de las personas detalladas a continuación: <b>ALANIZ, VIRGINIA MARÍA</b> <b>ARRIETA, VÍCTOR RAÚL</b> <b>ESPINOSA, JOSÉ M.</b> <b>HERNÁNDEZ, SUSANA</b> <b>LINZEY, MARÍA JOSEFINA</b> <b>MINGOLLA, FRANCISCO HUMBERTO</b> <b>MORENO, KAREN</b> <b>NATAN, ALBERTO</b> <b>SOSA MALLEMACI, ANA</b> <b>TOMASSI, DANIEL</b> <b>VIDAL SUÁREZ, CARLOS</b> <b>VIEYTES, JULIETA</b>  <b>Los medicamentos que posean coberturas especiales</b> (hipoglucemiantes, tiras reactivas, insulinas y productos para patologías crónicas) <b>pueden ser expedidos ÚNICAMENTE CON AUTORIZACIÓN PREVIA</b> de OSFATUN (personas habilitadas según este punto). <b>Caso contrario NO poseen cobertura</b> , cualquiera sea el plan del beneficiario (inclusive planes PREMIUM y NO DOCENTE UN).  <b>IMPORTANTE:</b> Siempre realizar Obligatoriamente la <b>VALIDACIÓN</b> , aunque el sistema tome cobertura porque depende de la validación y autorizaciones cargadas para cada afiliado.  <b>Cuando en la validación diga Req. Aut. Previa, es porque Ya fue Autorizado por la Obra Social en el Validador para cada Afiliado, (No enviar al Afiliado a Autorizar a la Obra Social)</b>
<b>TIPO DE RECETARIO:</b>  <b>De todo tipo (particular o de instituciones).</b> Prescriptas en original, donde el sello y la firma del profesional prescriptor deberán estar también en original.  NO se aceptan recetarios sin membrete (por ejemplo: <b>recetarios en blanco, de publicidad de medicamentos, etc.</b> ).  Confeccionada <b>por computadora</b> , donde el sello y la firma del profesional prescriptor deberán estar en original  <b>Digital:</b> deberán contener obligatoriamente el "código de barras", donde el sello y la firma del profesional prescriptor también estarán en formato digitalizado. Es importante aclarar que el afiliado siempre deberá presentar la receta impresa en la farmacia  <b>Recetario PMI:</b> Igual al resto de los planes con la leyenda "PMI" o "Plan Materno Infantil" (con sello o bien manuscrita) <u>firmado por alguno de los autorizantes habilitados</u> . En caso de que la receta NO cumpla con todos los requisitos, el motivo de la autorización deberá aclararse expresamente.  <b>VALIDEZ DE LA RECETA:</b> 30 Días de la prescripción.  <b>Validación Obligatoria</b>  <b>COBERTURA DEL SERVICIO:</b> La Plata.  <b>DE LA PRESCRIPCIÓN:</b> Cantidad Máxima de:  <b>PRODUCTOS POR RECETA:</b> 3 (tres) <b>UNIDADES POR ESPECIALIDAD:</b> 3 (tres) <b>Antibióticos Inyectables:</b> Envase Individual: 5 (cinco) Envase de 2 ampollas o más: El menor número posible de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas. Por ejemplo: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expedirse 3 (tres) envases = 6 (seis) ampollas.  <u>Cuando el médico: No especifica cantidades, Debe entregarse: El envase de menor contenido.</u> Si sólo indica la palabra "grande" entregar la presentación siguiente a la menor. Si sólo indica la palabra "grande" y la leyenda "Tratamiento Prolongado", El tercer tamaño Si equivoca la cantidad y/o contenido El tamaño inmediato inferior al indicado		

## OSFATUN

OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DEL TRABAJADOR  
DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES

### OBSERVACIONES:

#### Datos que deben figurar de puño y letra del profesional médico, y con la misma tinta:

Denominación de la Entidad (en caso de que el recetario no sea el oficial de la entidad);

- Nombre y apellido del paciente; (\*)
- Número de afiliado; (\*)
- Medicamentos recetados por principio activo indicando una marca sugerida, incluida en el Vademécum;
- Cantidad de cada medicamento;
- Firma y sello de médico u odontólogo con número de matrícula y aclaración;
- Fecha de prescripción;

*Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción debe estar salvadas por el profesional con su firma y sello.*

*(\*) 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*

#### Datos a completar por la farmacia:

Fecha de venta; Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo, Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales); 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.
- Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico
- Datos de quien retira los medicamentos: Firma, aclaración, domicilio y número de documento.