



OSFATUN

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

DESCUENTO	OS
Planes PMO y BÁSICO	40%
Plan INTEGRAL	50%
Plan PREMIUM	70%
Plan NO DOCENTE UN	40 ó 70%
Anticonceptivos	100%
Patologías Crónicas, Hipoglucemiantes Orales, Tiras Reactivas de Glucosa en sangre e Insulinas:	70% ó 100%
Plan Materno Infantil	100%

TIPO DE RECETARIO:

**De todo tipo (particular o de instituciones).**  
Prescriptas en original, donde el sello y la firma del profesional prescriptor deberán estar también en original.

NO se aceptan recetas sin membrete (**por ejemplo: recetas en blanco, de publicidad de medicamentos, etc.**).

Confeccionada **por computadora**, donde el sello y la firma del profesional prescriptor deberán estar en original

**Digital:** 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

**Recetario PMI:** Igual al resto de los planes con la leyenda “PMI” o “Plan Materno Infantil” (**con sello o bien manuscrita**) firmado por alguno de los autorizantes habilitados. **En caso de que la receta NO cumpla con todos los requisitos, el motivo de la autorización deberá aclararse expresamente.**

**VALIDEZ DE LA RECETA:** 30 Días de la prescripción.

**Validación Obligatoria**

**COBERTURA DEL SERVICIO:** La Plata.

**DE LA PRESCRIPCIÓN:**  
Cantidad Máxima de:

**PRODUCTOS POR RECETA:** 3 (tres)  
**UNIDADES POR ESPECIALIDAD:** 3 (tres)  
**Antibióticos Inyectables:** 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 expendirse 3 (tres) envases = 6 (seis) ampollas.

Cuando el médico: **No especifica cantidades, Debe entregarse: El envase de menor contenido.**  
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

**RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:**  
Se reconocerán únicamente los Medicamentos **incluidos en el Vademécum de OSFATUN** con el porcentaje correspondiente a cada plan.

**P.M.I.:**  
Los productos inherentes al embarazo o puerperio incluidos en el Vademécum de la Entidad.  
Leches: No poseen cobertura

**Anticonceptivos:**  
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.

**Patologías Crónicas y Diabetes:**  
En recetario igual al resto de los planes, ya sea en original o fotocopia.

**AUTORIZACIONES ESPECIALES:**  
Sólo podrán expendirse 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, únicamente por alguna de las personas detalladas a continuación:

**ALANIZ, VIRGINIA MARÍA**  
**ARRIETA, VÍCTOR RAÚL**  
**ESPINOSA, JOSÉ M.**  
**HERNÁNDEZ, SUSANA**  
**LINZEY, MARÍA JOSEFINA**  
**MINGOLLA, FRANCISCO HUMBERTO**  
**MORENO, KAREN**  
**NATAN, ALBERTO**  
**SOSA MALLEMACI, ANA**  
**TOMASSI, DANIEL**  
**VIDAL SUÁREZ, CARLOS**  
**VIEYTES, JULIETA**

**Los medicamentos que posean coberturas especiales** (hipoglucemiantes, tiras reactivas, insulinas y productos para patologías crónicas) **pueden ser expendidos ÚNICAMENTE CON AUTORIZACIÓN PREVIA** de OSFATUN (personas habilitadas según este punto).  
**Caso contrario NO poseen cobertura**, cualquiera sea el plan del beneficiario (inclusive planes PREMIUM y NO DOCENTE UN).

**IMPORTANTE:** Siempre realizar **Obligatoriamente la VALIDACIÓN**, aunque el sistema tome cobertura porque depende de la validación y autorizaciones cargadas para cada afiliado.

**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)**

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.