

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD

(24/11/2022)

VALIDACIÓN ON LINE DE RECETAS

Todos los planes deberán llevar AUTORIZACIÓN On Line.

Cargar la credencial de esta forma:



27147002225/0



27261202331/2

EN PANDEMIA

Se acepta simil receta, impresa desde algún medio electrónico, la que debe llevar la leyenda de puño y letra del médico: "Emergencia Covid19".

Quedan exceptuados la atención de Psicofármacos, cuya receta debe ser en original.

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manual Fco.	Se Valida On Line
Ambulatorio	40%	60%	SI (3)	NO	SI
Tabaquismo (7)	70%	30%	SI (4)	NO	NO
PMI (1)	100%	0%	SI (3)	NO	SI
Crónicos (2)	70%	30%	SI (5)	NO	SI
Crónicos Anticonceptivos (2)	100%	0%	SI (6)	NO	SI
Crónicos Preservativos	100%	0%	(8)	NO	SI
Crónicos Discapacidad	100%	0%	NO	SI	SI
Crónicos Planes Especiales (7)	X%	Y%	NO	SI	SI
Crónicos PMI	100%	0%	SI (3)	NO	SI

1. Cubre embarazo a partir del tercer (3º) mes de gestación y hasta el 1er mes posterior al parto; y al bebé hasta el año de vida.
2. Se podrán entregar los medicamentos necesarios para cubrir dos (2) meses de tratamiento, si el validador lo autoriza.
3. Formulario terapéutico AMBULATORIO de la Obra Social.
4. Formulario terapéutico TABAQUISMO de la Obra Social.
5. Formulario terapéutico CRÓNICO de la Obra Social.
6. Formulario terapéutico ANTICONCEPTIVOS de la Obra Social. Se sugiere que sean prescriptas por médico ginecólogo u obstetra.
7. Con Autorización de Director Médico y/o Auditor Médico y/o Responsable de Delegación en la misma receta o fax adjunto. (La misma deberá contener: porcentaje de cobertura, Fecha de Autorización, Medicamentos autorizados, Firma y aclaración del autorizante).
8. OSPSA cubre hasta dos mil quinientos pesos (\$2500) mensuales.

Ante cualquier inquietud con relación a la atención de los beneficiarios podrá comunicarse al 0800-999-7264; y por afiliados con medicación crónica pueden consultar en Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas prevalentes (Nutrar) al 0810-345-6887.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIPCIÓN Por nombre	DIAGNOSTICO	RECETA	VALIDEZ REC.	TROQUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENÉRICO (A)	SI	OFICIAL, DIGITAL o PARTICULAR (B- C-D-F-G)	(E)	SI	Sello: SI Manuscrito: NO

- A. Nombre genérico o denominación común internacional.
- B. Recetario oficial (con fecha de vencimiento) con número preimpreso, en tinta roja, azul o negra, en la parte inferior del recetario y fuera del recuadro del contorno del mismo (ver modelo de receta mas adelante). Colocar la fecha de venta debajo de la de prescripción del médico.

Con impresión por computadora de Apellido y Nombre y n° de beneficiario (CUIL). Esos datos podrán estar manuscritos, por lo que la prescripción del profesional podrá ser con otra letra y tinta. Al igual que los datos de Domicilio y Localidad que los puede completar el profesional o la Delegación.

Recetario Digital Uma: ver modelo más adelante.

Recetario particular: hospital nacional, provincial, municipal, centros médicos, clínicas y sanatorio con membrete original.

De cualquier medico con membrete preimpreso en original

Deben tener como mínimo los siguientes datos:

- Número de CUIL del afiliado
- Nombre completo del afiliado
- Prescripción de medicamentos por monodroga
- Cantidad en número y letras
- Indicar tratamiento prolongado si corresponde
- Fecha de prescripción
- Firma y sello del médico
- Diagnóstico

- C. PMI. Los recetarios deben llevar la leyenda "PLAN MATERNO INFANTIL" mediante sello.

D. RECETAS POR MES CALENDARIO:

- a. AMBULATORIO Se permitirán 2 (dos) recetas.
- b. PMI Se permitirán 3 (tres) recetas.

Para mayor consumo solicitar autorización a OSPSA (0800-999-7264).

E. Recetario Oficial ver fecha de vencimiento preimpresa o manuscrita en el recetario. Para poder dispensar, no debe estar vencida.

Recetario Particular: 30 días corridos desde la fecha de prescripción.

- F. Recetarios con descuentos mixtos (de cronicidad y ambulatorio en una sola receta): podrán aceptarse, debiendo presentar una fotocopia de la receta, la

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD

(24/11/2022)

que se usará para facturar el medicamento de menor descuento; Y la receta original se utilizará para el medicamento de mayor porcentaje de cobertura. En este caso para la presentación colocar las copias en el lote que le corresponde de acuerdo a su porcentaje. En la fotocopia que se utiliza para facturar el medicamento de menor cobertura, indicar en forma manuscrita que la receta original se encuentra en la presentación de porcentaje mayor. Obligatoriamente ambas copias se deberán presentar en el mismo período.

G. Para la compra de Preservativos, la farmacia no presenta receta, si el ticket de validación, el que debe ser firmado y conformado por quien retira. La farmacia solicita al Centro de Seguimiento (0800-345-3276) un código de autorización, el que deberá transcribirlo al ticket en su margen superior. Se le adjuntará además el ticket fiscal.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	3 (a)
En plan TABAQUISMO	2

- NO se cuentan repetidos.
- En los planes que se validan on line no se tendrán en cuenta las limitaciones de cantidad de unidades por receta.
- En el PMI los productos comerciales en forma farmacéutica comprimidos, tabletas, cápsulas o grageas, NO GOZAN de descuento para la cobertura de recién nacidos (menores de un año).

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

TAMAÑO (a-b-c-d)	CANTID AD	CON Trat Prolong
CHICO o UNICO	1	2
SUBSIGUIENTE AL CHICO	1	2
GRANDE (3º TAMAÑO o más)	1	2
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5	
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS (*)	Lo requerido	

(*) Lo requerido, combinando la menor cantidad de envases posibles.

- Debe llevar la leyenda: "TRATAMIENTO PROLONGADO", de puño y letra del médico, cuando se prescriban dos (2) unidades por medicamento de tamaño chico o uno (1) de tamaño subsiguiente al chico o grande. No se acepta la abreviatura: "T.P."
- Se debe especificar la concentración, unidades y tamaño de cada medicamento. Cuando el profesional no especifique claramente concentración y/o unidad y/o tamaño, se entregará el de menor concentración y/o unidad y/o tamaño, según corresponda.
- Cuando el profesional prescriba grande sin otra especificación, se dispensará el tamaño subsiguiente al chico.
- Si el profesional erra contenido, se dispensará el inmediato inferior al indicado.

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- Leches de todo tipo (enteras, en polvo o maternizadas o medicinales), aunque la receta esté autorizada.
- En el PMI, formas farmacéuticas como comprimidos, cápsulas, no están reconocidos en el PMI niño.

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- Medicamentos incluidos en los formularios terapéuticos de OSPSA.
- Medicamentos autorizados con firma y sello de personal autorizado (excepto leches de todo tipo).

LEY DE GENÉRICOS

- Al prescribir por nombre genérico (monodroga) se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescrita que tenga igual concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada.
- Al prescribir por nombre genérico (monodroga) y sugerir un nombre comercial (prescripción por marca), se permite el reemplazo por otros nombres comerciales que figuren en el Manual Farmacéutico o Guía Kairos., siempre que tengan igual: Monodroga, concentración, forma farmacéutica, cantidad y cuyos precios sean menores al medicamento cuyo nombre comercial se prescribió.

En caso de reemplazo:

- El afiliado deberá firmar (por segunda vez) de conformidad el reemplazo.
- El farmacéutico deberá colocar fecha, firma (por segunda vez) y sello aclaratorio (nombre, apellido y matrícula).

LISTADO DE AUTORIZANTES

- En CABA y Gran Buenos Aires podrán autorizar:
 - BORGINI Pedro
 - D'ANDREA Jorge Víctor
 - FERNANDEZ Edith Verónica
 - GENTA Néstor
 - ORTIZ Néstor
 - OYHAMBURU Sergio
 - ROMERO, Ricardo
- En el interior del País: Director Médico, Auditor Médico, Delegados o persona autorizada de la Delegación.

ENMIENDAS

- Todas las enmiendas que se hagan en el sector de la receta destinado a la farmacia, deberán ser salvadas y el afiliado deberá firmar y aclarar su firma, avalando dicha salvedad.
- Toda enmienda hecha en la prescripción deberá ser salvada por el médico tratante bajo leyenda: "Digo(lo enmendado)" firmando y sellando el médico nuevamente lo salvado.

Por ninguna razón se aceptará, con cargos a las entidades, recetas con enmiendas, raspaduras o agregados con distinta lapicera, sino están salvados expresamente por el profesional prescribiente.

AFILIACIÓN

Se acredita con CREDENCIAL vigente (ver fecha de vencimiento) y DNI.

- Ambulatorio: tarjeta magnética azul / credencial digital color azul o carnet provisorio
- Cronicidad, Anticonceptivos y Discapacidad: tarjeta magnética azul u ocre o carnet provisorio
- PMI: Tarjeta magnética o credencial digital ocre con inscripción P.M.I. De la credencial se deberá controlar que coincidan los datos del número de afiliado y Nombre y apellido con los que pone en la

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD

(24/11/2022)

receta el médico, caso contrario tales inconsistencias deberán ser salvadas sólo por el profesional prescriptor.

Si el adquirente fuese un tercero, deberá presentar, además del carnet del titular, su propio DNI e indicar domicilio y teléfono en la receta.

LA RECETA DEBE CONTENER

- En recetario oficial:
 - Debajo de la fecha de prescripción del médico colocar la fecha de dispensa.
 - Por cada renglón (especialidad dispensada) consignar precio total (precio unitario por cantidad).
 - La fijación de los troqueles se hará en el lugar preestablecido (no cubrir ningún otro dato del recetario).
 - Completar los campos "TOTAL", "A/C BENEF" y "A/C O. SOCIAL".
- En recetario particular. Al dorso:
 - Fecha de venta,
 - precio de venta,
 - monto total de la receta.
 - Datos y firma de quien retira.
- En el dorso (tanto en recetario oficial como particular):
 - firma y sello de la farmacia
 - domicilio, número de DNI y firma del adquirente.

- código de autorización (cuando se halla tramitado on line)


PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS

Se pueden presentar hasta 60 DIAS a partir del mes de consumo de la receta de la fecha de dispensación. Y 30 DIAS a partir de la fecha de recepción del débito para refacturar la receta (en el caso que el débito sea refacturable).

PRESENTACIÓN DE LAS FACTURACIONES

- Las recetas deben ser presentadas en lotes POR PLAN según los descuentos:
 - 40% AMBULATORIO
 - 70% TABAQUISMO
 - 70% CRONICIDAD
 - 100% PMI
 - 100% ANTICONCEPTIVOS
 - 100% DISCAPACIDAD
 - REFACTURACIÓN
- Las recetas se deberán numerar, en el borde superior derecho, en orden correlativo de acuerdo al orden del resumen presentado.
- Para presentación: hasta 60 días a partir del mes de consumo de las recetas y 30 días corridos a partir de la fecha de recepción del débito, para refacturar (las que pueden ser refacturadas).

MODELO DE RECETARIO OFICIAL




FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD FILIAL ZONA SUR - HIPOLITO YRIGOYEN 7066 - (1628) BANFIELD - TEL: 4202-4502 / 2120 / 2108		RECETARIO	
 FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA PERSONERIA GENERAL N° 156	 OBRA SOCIAL DE PERSONAL DE LA SANIDAD I.N.O.S. - R.N.O.S. 1° - 1950	 PERSONERIA GENERAL N° 156	 I.N.O.S. - R.N.O.S. 1-1950
DESCUENTO 40%		APELLIDO Y NOMBRES GONZALEZ GRACIELA B.	BENEF. NRO. 27 16962683/6
DOMICILIO		LOCALIDAD	TEL:
DIAGNOSTICO		EDAD:	
SERIE 20884		NUMERO 029413/01/1	
FECHA DE ENTREGA 05/08/2004		FECHA DE Vto: 02/02/2005	
DATOS DE INTERES		TROQUELADO	
URGENCIAS DOMICILIARIAS LAS 24 HS. TODOS LOS DIAS DEL AÑO TEL: 4331-9996 / 4932 / 3279 / 9175 / 9165		TROQUELADO	
ATENCION MEDICA EN OSPSA (H. YRIGOYEN 7066 - BANFIELD) DIAS HABILES DE 8 A 18 HORAS. FUERA DE ESTOS HORARIOS DIRIGIRSE A LAS CLINICAS ZONALES PARA INFORMACION GENERAL COMUNICARSE AL TELEFONO 4202-2108 / 2108 / 4502		TOTAL	
IMPORTE: PARA CUALQUIER TRAMITE DEBERA PRESENTAR ULTIMO RECIBO DE SUELDO, CARNET DE AFILIADO Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD.		A/C BENEF.	
SELLO, FIRMA Y MATRICULA DEL PROFESIONAL		A/C O. SOCIAL	
CONFORME	ACELERACION FIRMA	DOCUMENTO	

3700- 00476966

3700- 00476966

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD

(24/11/2022)

 FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA DEAN FUMES 1032 - BUENOS AIRES OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD RIUAL BUENOS AIRES SAavedra 159 - BUENOS AIRES	 FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA DEAN FUMES 1032 - BUENOS AIRES OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD RIUAL BUENOS AIRES SAavedra 159 - BUENOS AIRES	 FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA DEAN FUMES 1032 - BUENOS AIRES OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD RIUAL BUENOS AIRES SAavedra 159 - BUENOS AIRES	RECETARIO SERIE: <input type="text"/> NUMERO: <input type="text"/>
DESQUENTO: <input type="text"/>		BENEF. MFG. <input type="text"/>	
LUGAR DE ORIGEN: <input type="text"/>		LOCALIDAD: <input type="text"/>	
DIAGNOSTICO: <input type="text"/>		EDAD: <input type="text"/>	

RECETARIO SERIE: <input type="text"/> NUMERO: <input type="text"/>	RECETARIO SERIE: <input type="text"/> NUMERO: <input type="text"/>
--	--

DATOS DE INTERES	
DIRECCION DONDE SE ENCUENTRA LA SANIDAD ARGENTINA 1032 DEAN FUMES TEL. 488 1032 / 488 1032 / 488 1032	
ATENCION MEDICA EN OBRA SOCIAL ARGENTINA 159 SAavedra 159 - BUENOS AIRES TEL. 488 159 / 488 159 / 488 159	
FUERA DE ESTE HORARIO DE ATENCION AL SERVICIO MEDICO (BARTOLOME MITRE 2033 - TEL. 4854-7070)	
HOSPITAL FRANCIS 8 A 1050 1050 - TEL. 488 1050 / 488 1050	
HORA DE ATENCION MEDICA EN OBRA SOCIAL ARGENTINA 1032 DEAN FUMES	
HORA DE ATENCION MEDICA EN OBRA SOCIAL ARGENTINA 159 SAavedra 159 - BUENOS AIRES	

LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>	LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>
LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>	LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>
LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>	LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>
LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>	LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>

LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>	LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>
LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>	LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>
LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>	LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>
LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>	LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>

LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>	LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>
LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>	LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>
LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>	LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>
LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>	LETRAS: <input type="text"/> NUMEROS: <input type="text"/>

Sello, firma y matricula del profesional	
CONFORME: <input type="text"/>	Aclaracion firma: <input type="text"/>
DOCUMENTO: <input type="text"/>	Aclaracion social: <input type="text"/>

Nº 0100-01290997

Nº 0100-01290997

 <p style="font-size: small;">Obra Social del Personal de la</p> <h1 style="margin: 0;">SANIDAD</h1> <p style="font-size: small;">A r g e n t i n a</p> <p style="font-size: x-small;">R.N.O.S. 1-1950 TEL: San Juan 2954 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires(1148)</p>	<h2 style="margin: 0;">PRESCRIPCION MEDICAMENTOS</h2> <p style="margin: 5px 0 0 0;">*** PARA LA FARMACIA ***</p>				
N° DE BENEFICIARIO: 27128802962/00	FILIAL: Buenos Aires				
NOMBRE Y APELLIDO: VIERA, ADRIANA	DNI: 12880296				
DESCUENTO: 70%	EDAD: 64	SEXO: F			
DOMICILIO: GUAYAQUIL 520 4 TE: 4901-5191					
LOCALIDAD - PROVINCIA: CAPITAL FEDERAL Ciudad Autónoma de Buenos Aires					
DIAGNOSTICO 1:	HIPERTENSION ARTERIAL				
DIAGNOSTICO 2:					
DIAGNOSTICO 3:					
DIAGNOSTICO 4:					
DIAGNOSTICO 5:					
CORRESPONDE TRATAMIENTO PROLONGADO					
TRATAMIENTO INDICADO					
Rp	MEDICAMENTO	UxT	TxD	DxS	Indicaciones
Rp1	BISOPROLOL 2.5mg Comp. Rec. x 30 (CONCOR). Env.: 2 (dos)	1	1	7	
Rp2					
Rp3					
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">_____</p> <p style="text-align: center;">FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">_____ / ____ / ____</p> <p style="text-align: center;">FECHA</p> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  <p style="font-size: x-small;">03064</p> </div>					

(24/11/2022)

Uma

Receta médica

Receta de emergencia Covid-19

Datos del paciente

Nombre: Farid Murzone

DNI: 35123123

Obra social: FATSa

Plan: 123

Número de afiliado: 123123123

Rp/

Cantidad	Producto	Presentación	Droga	Indicaciones
1 - (une)	BAGOVIT A	Classic cr.x 200 g	vita	Indicaciones de uso...

9203060549941

Médico

Nombre: AYELÉN DOC

Matrícula: 455646

Fecha

10/06 23/06/2022

Contacto: info@uma-health.com - 0800 888 3637

www.umasud.com - Mailén 2752, CABA, Argentina

MODELO DE TARJETA MAGNÉTICA Y CREDENCIALES

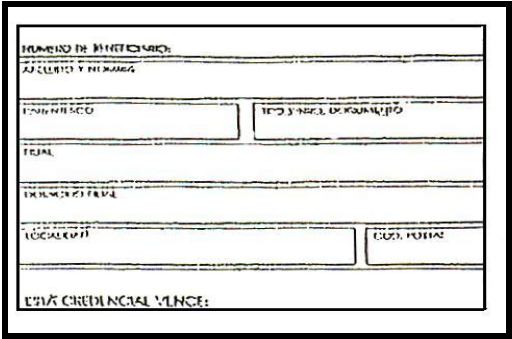
MODELO DE TARJETA MAGNETICA:
(Puede ser color azul u ocre)

NUEVOS MODELOS DE CREDENCIALES:

(24/11/2022)



CARNET PROVISORIO:



CREDENCIALES DIGITALES:

