



Vigente a partir del 1° de Noviembre de 2024.

Las marcas “@” identifican los puntos que **deben validarse OBLIGATORIAMENTE** en el momento de la venta a través del sistema de validación ingresando en www.plataformacsf.com o bien mediante los sistemas de facturación integrados.

Para **aquellas recetas no validadas electrónicamente** (por ejemplo autorizaciones especiales) deberá efectuarse una **DECLARACIÓN DE DISPENSA** en dicho sistema de validación.

En todas las **recetas validadas y declaradas electrónicamente**, la Liquidación de Recetas y **CIERRE DE LOTES** debe efectuarse **obligatoriamente** utilizando la herramienta que brinda dicho sistema para tal fin.

Los **datos consignados en las validaciones y/o declaraciones deben reflejar fielmente lo indicado en la prescripción** (beneficiario, profesional y/o institución, productos, fecha de prescripción, etc.). Caso contrario, la receta es plausible de observación y débito.

Aclaración:

El **CIERRE DE LOTES** y **DECLARACIÓN DE DISPENSA** electrónico es **OBLIGATORIO**. **SIEMPRE** deben figurar en el **RESUMEN DE FACTURACIÓN** general confeccionado a través de www.plataformacsf.com (ver punto 12).

Por lo tanto, en un mismo Resumen de Facturación electrónico debe figurar **INDISPENSABLEMENTE**:

- **VALIDACIÓN ELECTRÓNICA** de OSPPECyQ (“Plan MIXTO VALIDACIÓN”)
- **DECLARACIÓN DE DISPENSA** de OSPPECyQ para recetas sin validación online (“Plan MIXTO DECLARACIÓN”)

1.Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)

Planes:	Cobertura:	Vademécum:	@
1.1. General:	50%	AMPLIO	@
1.2. Monotributistas:	40%	BÁSICO	@
1.3. Patologías Crónicas, Hipoglucemiantes orales y Anticonceptivos:	70% ó 100% (ver punto 8)	AMPLIO	@
1.4. Patologías Crónicas, Hipoglucemiantes orales y Anticonceptivos (Monotributistas):	MF (ver punto 8)	BÁSICO	@
1.5. Plan Materno Infantil:	100% (ver punto 7)	BÁSICO o AMPLIO (según plan)	@
1.6. Autorizaciones Especiales:	Ver punto 9		
1.1. Insulinas y tiras reactivas:	Válido exclusivamente Listado Especial de Farmacias		@

2.Habilitación del beneficiario:

2.1. Credencial Definitiva o Provisoria.	
2.2. Habilitación del Beneficiario según validación ON LINE:	• Ingresar el número de documento de identidad tal como figura en la credencial.
2.3. Documento de Identidad (DNI, LC, LE).	
2.4. No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada.	

3.Recetario:

3.1. Tipo de recetario:	<ul style="list-style-type: none"> • Prescripción tradicional (manuscrita) propiamente dicha. • Oficial de la entidad. (según muestra punto 17) • Recetario de Cronicidad para 3 meses (según muestra punto 18). No requiere autorización de la Entidad pero sí VALIDACIÓN OBLIGATORIA. (ver punto 8) • Recetarios electrónicos / digitales que cumplan con requisitos de identificación (código de barra, QR, etc.) con firma y sello digital de acuerdo a la reglamentación de la ley. • Recetarios digitales (prescripción pre-impresa ya sea total o parcial) sin los requisitos de identificación antes mencionados pero que contengan firma y sello original del profesional.
-------------------------	---



	<p>Cabe recordar que la prescripción tradicional (manuscrita) enviada vía mail, Whatsapp o impresa NO es válida. Ésta debe ser siempre original.</p> <p>En el caso de recetarios electrónicos / digitales es obligatorio grabar el número correspondiente al validar dichas dispensas.</p> <p>Asimismo cabe resaltar que, por el momento, <u>debe presentarse una copia impresa de dichas prescripciones electrónicas / digitales</u>, hasta tanto finalicen los procesos de integración correspondientes.</p>
<p>3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta o bien pre impresos en recetarios electrónicos / digitales:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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. Podrá indicar una marca sugerida, y el profesional farmacéutico sustituirla por una especialidad medicinal que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades incluida en el Vademécum. En esos casos, el socio deberá firmar en conformidad por el reemplazo. Se rechazarán recetas que no presenten principio activo. • Cantidad de cada medicamento; • Firma y sello de médico u odontólogo, con número de matrícula y aclaración; • Fecha de prescripción; • Diagnóstico; <p><i>Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción debe estar salvadas por el profesional con su firma y sello.</i></p> <p><i>(*) 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.</i></p>

4. Validez de la receta:

El día de la prescripción y los **30** días siguientes.

5. Topes de cobertura:

5.1. Límites de cantidades:	Sin Tratamiento Prolongado	Con Tratamiento Prolongado ^(5.2)
Especialidades por receta:	Hasta 2 (dos)	Hasta 2 (dos)
Envases por especialidad:	Hasta 1 (uno)	Hasta 2 (dos)
5.2. Tratamiento Prolongado:	<p>Cuando el médico coloca de su puño y letra la frase “Tratamiento prolongado”, su equivalente o abreviaturas, pueden expendirse las cantidades que se indican en la columna “con T.P.”. Debe indicarse además el tamaño y/o contenido de cada uno por lo que, de omitirse este requisito sólo, se entregará un envase del menor tamaño y/o contenido existente.</p> <p>En estos casos debe indicarse en el sistema de Validación Online que la receta corresponde a Tratamiento Prolongado.</p>	
5.3. Antibióticos Inyectables:	Presentación	Entregar
	Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	Hasta 5 (cinco).
	Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	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.
5.4. Psicofármacos:	<ul style="list-style-type: none"> • El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia. 	
5.5. Otras especificaciones:	Cuando el médico:	Debe entregarse:
	• No especifica cantidades	• El envase de menor contenido.
	• Sólo indica la palabra “grande”	• La presentación siguiente a la menor.
	• Equivoca la cantidad y/o contenido	• El tamaño inmediato inferior al indicado.



6.Productos cubiertos:

Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM vigente de la entidad.

Cabe mencionar que las **Leches** cuentan con cobertura **únicamente para el Plan Materno Infantil con autorización previa de la Entidad (punto 7)**.

7.Plan Materno Infantil:

7.1. Habilitación del Beneficiario con cobertura PMI según validación on line.

Aclaración: los niños poseen cobertura desde la fecha de su nacimiento hasta los 3 (tres) años de vida INCLUSIVE. Se valida electrónicamente.

7.2. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> • Oficial de la entidad Plan Materno Infantil (según muestra punto 16). • De todo tipo (Particular o de Instituciones). <p>No requiere autorización ninguno de los recetarios válidos, pero sí REQUIERE VALIDACION ONLINE.</p>
7.3. Productos Cubiertos y descuentos:	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: 100% para los productos cubiertos en el Vademécum general (Básico o Amplio) según plan del afiliado. NO requiere Autorización Previa • Leches y Vacunas: Deben contar con previa autorización de la Entidad según Vademécum.
7.4. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: Igual al resto de los planes, según validación online. • Leches: La cantidad que autorice la Entidad.

8.Patologías Crónicas y Anticonceptivos:

8.1. Habilitación del beneficiario:	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Aquellos pacientes crónicos, con requerimiento de anticonceptivos, etc. que figuren empadronados para tal fin en el sistema de validación online.</u> <p>En caso de que un paciente no figure habilitado en dicho sistema con cobertura diferencial y así lo requiera, debe ser derivado a OSPPCyQ para su empadronamiento.</p>
8.2. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> • Igual al resto de los planes. No requiere previa autorización. REQUIERE VALIDACION ONLINE OBLIGATORIA. <p>Reiteramos: NO debe exigirse autorización manual de OSPPCyQ en la receta para acceder a la cobertura en aquellos pacientes empadronados según validación online.</p>
8.3. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo a lo que figura empadronado para cada afiliado en el sistema de validación online. <p><u>Aclaración:</u> en el caso de prescribirse Insulinas y/o Tiras reactivas, las mismas se canalizan únicamente a través de una red especial de farmacias, según validación online.</p>
8.4. Descuento:	<ul style="list-style-type: none"> • MF, 70% ó 100% según lo que se encuentre empadronado y autorizado en el sistema de validación online para cada afiliado.
8.5. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo a lo que figure empadronado y autorizado en el sistema de validación online. <p>El sistema de validación indicará la <u>fecha estipulada para efectuar la próxima entrega</u> de medicación.</p>

9. Autorizaciones Especiales:

**Estas recetas NO SE VALIDAN electrónicamente.
Debe efectuarse DECLARACIÓN DE DISPENSA.**

Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos y/o autorizaciones especiales, cuando se hallen autorizadas mediante sello en la receta o vía fax por la Entidad, únicamente por alguna de las personas detalladas a continuación:

- **DR. ALFREDO SPINETTA**
- **DRA. CLAUDIA GURSCHPON**
- **DR. JUAN KINASZUK**

10. Medicamentos Faltantes:

Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta.

11. Datos a completar por la farmacia:

11.1. NÚMERO DE TRANSACCIÓN ON LINE. Debe indicarse en el encabezado de la receta "TR: XXXX", o bien puede imprimirse el comprobante que emite el sistema.

11.2. Fecha de venta;

11.3. Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo;

11.4. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales);

11.5. 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.

11.6. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

11.7. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos;

12. Cierre Electrónico de Lotes:

MUY IMPORTANTE: Todas las **RECETAS PROCESADAS ELECTRÓNICAMENTE** deben liquidarse **OBLIGATORIAMENTE** mediante la **herramienta CIERRE DE LOTES** que provee para ello el sistema de validación. De igual modo debe procederse con las **DECLARACIONES DE DISPENSA** a fin de incluir ambas modalidades en el **Resumen de Facturación electrónico** que su farmacia presentará en **COMPAÑÍA**. **Caso contrario, es motivo de rechazo** de las mismas. Utilice dicha herramienta teniendo en cuenta las indicaciones del Instructivo General del sistema.

Aclaración: la IMPRESIÓN PREVIA del Cierre de Lote NO es válida para la presentación de recetas:



AFILIADO N	Fecha	Aut. N	Orden	%	Total	A Cargo
225901	24/02/2011 01:23	3	1	MP	\$20.01	\$20.01
42001	24/02/2011 01:25	4	1	MP	\$187.26	\$187.26
312001	24/02/2011 01:25	5	1	MP	\$68.72	\$68.72
Recetas						\$45.42
A Cargo del Afiliado						\$230.57
A Cargo de la Obra Social						\$275.99
Total						\$275.99



AFILIADO N	Fecha	Aut. N	Orden	%	Total	A Cargo
225901	24/02/2011 01:23	3	1	MP	\$20.01	\$20.01
42001	24/02/2011 01:25	4	1	MP	\$187.26	\$187.26
312001	24/02/2011 01:25	5	1	MP	\$68.72	\$68.72
Recetas						\$45.42
A Cargo del Afiliado						\$230.57
A Cargo de la Obra Social						\$275.99
Total						\$275.99

13. Recomendaciones Especiales:

13.1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente;

13.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

- De acuerdo al orden de la prescripción.
- Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
- Sugerimos adherirlos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).



**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL
DEL PAPEL CARTÓN Y QUÍMICOS**

O . S . P . P . C . y Q .



COMPAÑÍA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 600 – CÓDIGO INTEGRADOR: ospscopy

ANEXO I – CIRCULAR: 291/24 B

13.3. Los troqueles deberán ajustarse a lo siguiente:

- Encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencias o marcas de sustancias adhesivas).
- Sin signos de desgaste del material en todo o parte del troquel.
- Sin impresiones mediante sellos de cualquier tipo de leyendas legibles o no.
- Sin diferencias en tamaño, grosor y/o color del troquel para un mismo producto, presentación y lote.
- No deberán presentar cualquier otro signo que otorgue carácter dudoso al troquel.

13.4. Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

14. Atención de Consultas:

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con su Departamento de Atención al Cliente de **COMPAÑÍA** al (011) 4136-9090 – Fax: (011) 4136-9001. E-mail: info@csf.com.ar, de Lunes a Viernes, de 9:00 a 18:00 horas.

Ante dificultades o consultas exclusivamente técnicas fuera de nuestro horario de atención, les solicitamos que envíe un correo electrónico a validaciones@csf.com.ar indicando en el título la palabra "Problema" más el código de su Farmacia.

15. Muestra de Credenciales:



EN EL SISTEMA DE VALIDACIÓN DEBE INGRESARSE EL N° DE DOCUMENTO DEL AFILIADO.

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS
Oswaldo Cruz 2075 - Cap. Fed. | T.E.: 4126-0900 | FAX: 4301-0512 | www.ospapel.org.ar

CREDECIAL PROVISORIA VIA WEB N° 15 - 056872

N° DE BENEFICIARIO: 3-20 3 521-0
 APELLIDO: MORENO NOMBRES: ARIEL DNI: 20 3 521
 FECHA DE NACIMIENTO: 09-09-1968 DOMICILIO: ALTO VERDE - CORDOBA
 PERTENENCIA: 6 FECHA DE INGRESO: 14-11-2000
 C.U.I.T.: RAZON SOCIAL:

El provisorio deberá presentarse conjuntamente con último recibo de sueldo y DNI.
 En el caso de pertenecer el carnet a un familiar, los datos de la empresa corresponden al afiliado titular.
 El último dígito que forma el número de beneficiario indica el tipo de beneficiario:
 0 - Titular | 1 - Cónyuge | 2 - Concubina | 3 - Hijos | 5, 7, 8 y 9 - Otros.
 Para evitar inconvenientes mantenga actualizados sus datos domiciliarios.

EMITIDO: 18-11-2015 VENCE: 18-12-2015

Credencial Provisoria

16. Modelos de Recetarios:

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS RECETA AMBULATORIA

00365658 *

PLAN DE USO RACIONAL DE MEDICACIÓN CÓDIGO O.S. 1-1410-B

MEDICO PROFESIONAL O INSTITUCIÓN SERIE RECETA NRO. RÓTULO 1

FECHA DE DISPENSACIÓN: DIA MES AÑO CÓDIGO DE FARMACIA NRO. DE ORDEN RÓTULO 2

CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	% O.S.

RÓTULO 3

DIAGNÓSTICO RP. 1 DIAGNÓSTICO RP. 2

SELLO INSTITUCIÓN FIRMA FACULTATIVO - SELLO ACLARACIÓN FIRMA - MATRÍCULA

SUSTITUCIÓN POR FARMACÉUTICO DE MARCA

CONSENTIMIENTO DEL ADQUIRIENTE EN CASO DE SUSTITUCIÓN FIRMA PACIENTE ACLARACIÓN DE FIRMA DEL PACIENTE

DELEGACIÓN: _____

TOTAL RECETARIO

Certifico entrega de los medicamentos facturados

A CARGO BENEF. A CARGO O.S.

Firma Farmacéutico Sello Farmacéutico TIPO DOC. NRO. DOC. BENEF. 3° INTERV. NRO. DOC.

FIRMA CONFORME

ACLARACIÓN

DOMICILIO

Plan General



**OBRA SOCIAL DEL PERSONAL
DEL PAPEL CARTÓN Y QUÍMICOS**

O.S.P.P.C.yQ.



COMPAÑÍA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 600 – CÓDIGO INTEGRADOR: ospccyq

ANEXO I – CIRCULAR: 291/24 B

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS RECETA AMBULATORIO 00155756 *

FECHA DE PRESCRIPCIÓN	NÚMERO DE BENEFICIARIO	CAT.	SEXO	EDAD
APELLIDO Y NOMBRES				
NOMBRE GENÉRICO Y DOSIS Rp. 1		FORMA FARMACÉUTICA	N° DE UNIDADES NROS. LETRAS	
NOMBRE GENÉRICO Y DOSIS Rp. 2		FORMA FARMACÉUTICA	NROS. LETRAS	
DIAGNÓSTICO RP 1		DIAGNÓSTICO RP 2		
SELLO INSTITUCIÓN		FIRMA FACULTATIVO - SELLO ACLARACIÓN FIRMA - MATRÍCULA		
Rp. 1		SUSTITUCIÓN POR FARMACÉUTICO DE MARCA Rp. 2		
CONSENTIMIENTO DEL ADQUIRENTE EN CASO DE SUSTITUCIÓN		FIRMA PACIENTE		ACLARACIÓN
DELEGACIÓN				

PLAN DE USO RACIONAL DE MEDICACIÓN				CÓDIGO OBRA SOCIAL	1-1410
MÉDICO PROFESIONAL O INSTITUCIÓN		SERIE	RECETA N°		
FECHA DE DISPENSACIÓN		CÓDIGO DE FARMACIA	NÚMERO DE ORDEN		
CANT.	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	% O.S.		
CANT.	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	% O.S.		
Certifico entrega de los medicamentos facturados		TOTAL RECETARIO			
		A CARGO BENEF.			
		A CARGO O.S.			
Firma Farmacéutico		Sello Farmacéutico	Aclaración y Domicilio		
EMBARAZO		PUERPERIO		MES	

Plan Materno Infantil

17. Recetario cronicidad para 3 meses:

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS RECETARIO CRONICIDAD PRESCRIPCIÓN PARA 3 MESES 00109847 *

Resolución 310/04 y 331/04 Ministerio de Salud de la Nación y S. S. Salud.

FECHA DE PRESCRIPCIÓN	NÚMERO DE BENEFICIARIO	EDAD	SEXO	CAT.
APELLIDO Y NOMBRES				
NOMBRE GENÉRICO Y DOSIS Rp. 1		FORMA FARMACÉUTICA	N° DE UNIDADES NROS. LETRAS	
NOMBRE GENÉRICO Y DOSIS Rp. 2		FORMA FARMACÉUTICA	NROS. LETRAS	
DIAGNÓSTICO Rp. 1		DIAGNÓSTICO Rp. 2		
SELLO INSTITUCIÓN		FIRMA FACULTATIVA - SELLO - ACLARACIÓN DE FIRMA - MATRÍCULA		

MÉDICO PROFESIONAL O INSTITUCIÓN		SERIE	RECETA NRO.	
FECHA DE DISPENSACIÓN		CÓDIGO DE FARMACIA	N° DE ORDEN	
DIA	MES	ANO		
CANT.	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	% O.S.	
CANT.	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	% O.S.	
CODIGO O.S.: 1-1410-9		TOTAL RECETARIO		
FORMULARIO DE PRESCRIPCIÓN		A CARGO BENEF.		
		A CARGO O.S.		

HISTORIA CLÍNICA SIMPLIFICADA	
NOMBRE AFILIADO	
DIAGNÓSTICO	
LUGAR DE ENTRADA DEL MEDICAMENTO	
SINTOMAS Y/O SIGNOS RELEVANTES	
TIEMPO DE EVOLUCIÓN	
CAMBIO DE PRESCRIPCIÓN EN PLAN	
NOMBRE GENÉRICO Rp. 1	
DOSIS DIARIA	
NOMBRE GENÉRICO Rp. 2	
DOSIS DIARIA	
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL	

NO INCLUIR EN ESTE RECETARIO MEDICAMENTOS PARA: TBC - INSULINAS - ANTICONVULSIVANTES - MESTINON - ERITROPOYETINAS - INMUNOSUPRESORES - HIV - PMI Y MEDICAMENTOS CON COBERTURA DEL 60% UTILIZÁNDOSE PARA ELLO LOS RECE