



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 OSPPCyQ (“Plan MIXTO VALIDACIÓN”)
- **DECLARACIÓN DE DISPENSA** de OSPPCyQ 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> |
| 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: | <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><u>Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción debe estar salvadas por el profesional con su firma y sello.</u></p> <p>(*) 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.</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> |



**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: ospccyq

ANEXO I – CIRCULAR: 291/24 B

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:

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).

CÓDIGO DE ENTIDAD: 600 – CÓDIGO INTEGRADOR: ospscyq

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 **COMPAÑIA** 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, CARTON Y QUIMICOS Osvaldo Cruz 2075 - Cap. Fed. T.E.: 4125-0900 FAX: 4301-0512 www.ospapel.org.ar | | N° 15 - 056872 |
| CREDENCIAL PROVISORIA VIA WEB | | |
| 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 al 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: 18-12-2016

Credencial Provisoria

16. Modelos de Recetarios:

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL
DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS

RECETA AMBULATORIA

| | | | | |
|-----------------------|------------------------|------|------|------|
| FECHA DE PRESCRIPCIÓN | NÚMERO DE BENEFICIARIO | EDAD | SEXO | CAT. |
| | | | M F | |

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

Rp. 2

SUSTITUCIÓN POR FARMACÉUTICO DE MARCA

CONSENTIMIENTO
DEL ADQUIRENTE
EN CASO DE
SUSTITUCIÓN

FIRMA PACIENTE

ACLARACIÓN DE FIRMA DEL PACIENTE

PLAN DE USO RACIONAL DE MEDICACIÓN

CODIGO O.S.
1-1410-9

MÉDICO PROFESIONAL O
INSTITUCIÓN

SERIE

RECETA NRO.

RÓTULO 1

FECHA DE DISPENSACIÓN

DÍA MES AÑO

CÓDIGO DE FARMACIA

NRO. DE
ORDEN

RÓTULO 2

CANTIDAD

PRECIO UNITARIO

IMPORTE

% O.S.

CANTIDAD

PRECIO UNITARIO

IMPORTE

% O.S.

RÓTULO 3

Certifico entrega de los
medicamentos facturados

TOTAL RECETARIO

A CARGO BENEF.

A CARGO O.S.

Firma Farmacéutico

Sello Farmacéutico

TIPO DOC.

BENEF.

3° INTERV.

NRO. DOC.

FIRMA CONFORME

ACLARACIÓN

DOMICILIO

DELEGACIÓN:

Plan General

CÓDIGO DE ENTIDAD: 600 – CÓDIGO INTEGRADOR: ospscyq

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 |
| | | | | | | | M | F |
| APELLIDO Y NOMBRES | | | | | | | | |
| | | | | N° DE UNIDADES | | | | |
| NOMBRE GENÉRICO Y DOSIS | | FORMA FARMACÉUTICA | | NROS. | | LETRAS | | |
| Rp. 1 | | | | | | | | |
| NOMBRE GENÉRICO Y DOSIS | | FORMA FARMACÉUTICA | | NROS. | | LETRAS | | |
| Rp. 2 | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO RP 1 | | DIAGNÓSTICO RP 2 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| SELLO INSTITUCIÓN | | FIRMA FACULTATIVO - SELLO ACLARACIÓN FIRMA - MATRÍCULA | | | | | | |

| | |
|--|----------------|
| * SUSTITUCIÓN POR FARMACÉUTICO DE MARCA | |
| Rp. 1 | 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. | | |
| | | | | |
| | | BENEF. 3° INTERV. | | |
| | | TIPO. DOC. NRO. DOC. | | |
| | | | | |
| | | Firma Conforme | | |
| 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, CARTON Y QUIMICOS | | RECETARIO CRONICIDAD PRESCRIPCION PARA 3 MESES Resolución 310/04 Ministerio de Salud de la Nación y S. S. Salud. | | | | 00109847 * | |
|--|-----|--|-----------|---|--------|-----------------|--|
| FECHA DE PRESCRIPCION | | NUMERO DE BENEFICIARIO | | EDAD | SEXO | CAT | |
| | | | | | M F | | |
| APELLIDO Y NOMBRES | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| NOMBRE GENERICO Y DOSIS | | | | FORMA FARMACEUTICA | | | |
| Rp. 1 | | | | | | | |
| NOMBRE GENERICO Y DOSIS | | | | FORMA FARMACEUTICA | | | |
| Rp. 2 | | | | | | | |
| DIAGNOSTICO Rp. 1 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| SELLO INSTITUCION | | | | FIRMA FACULTATIVA - SELLO - ACLARACION DE FIRMA - MATRICULA | | | |
| | | | | | | | |
| MEDICO PROFESIONAL O INSTITUCION | | SERIE | RECETARIO | | | | |
| | | | | | | | |
| FECHA DE DISPENSACION | | CODIGO DE FARMACIA | | N° DE ORDEN | | | |
| DIA | MES | AÑO | | | | | |
| | | | | | | | |
| CANT. | | PRECIO UNITARIO | IMPORTE | | % O.S. | | |
| | | | | | | | |
| CANT. | | PRECIO UNITARIO | IMPORTE | | % O.S. | | |
| | | | | | | | |
| CODIGO O.S.: 1-1410-9 | | | | TOTAL RECETARIO | | | |
| FORMULARIO DE PRESCRIPCION | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | A CARGO BENEF. | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | A CARGO O.S. | | | |
| | | | | | | | |
| NO INCLUIR EN ESTE RECETARIO MEDICAMENTOS PARA: TBC - INSULINAS - ANTICONVULSIVANTES - MESTINOL - ERITROPYETINAS - INMUNOSUPRESORES - HIV - PMI Y MEDICAMENTOS CON COBERTURA DEL 50% UTILIZANDOSE PARA ELLO LOS RECETARIOS | | | | | | | |