

## NORMAS DE ATENCIÓN PARA EL PLAN MATERNO INFANTIL OSFATLyF (Obra Social Federación Argentina de Trabajadores de Luz y Fuerza)

### DESCUENTOS A CARGO DE OSFATLyF

<b>Madres / Embarazadas: Hasta un mes despues del parto:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☼ 100% Para todos los productos incluidos en el vademécum PMI</li> <li>☼ Fuera del Vademécum PMI rigen los descuentos habituales 40, 50 , 70 %</li> <li>☼ Con Autorización Previa de OSFATLyF 100% de Descuento este o no incluido en el vademécum</li> </ul>
<b>Niños Hasta el 1º Año de vida:</b>	☼ Descuento del 100% para todos los productos incluidos en el vademécum PMO de OSFATLyF.
<b>Leches:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☼ Leches Maternizadas y o Medicamentosas llevan autorización previa</li> <li>☼ Leches Enteras no están cubiertas</li> </ul>

### DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

Credencial, Documento de Identidad y Receta

### RECETARIO

TIPO: Oficial  
VALIDEZ: 10 (diez) días contados a partir de la fecha de prescripción.

Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional y con la misma tinta:

- ☼ Apellido y Nombre del Beneficiario
- ☼ Número de Beneficiario (Cuando en una receta el Nde beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia debe aclararlo al dorso en forma correcta, indicando junto al N° consignado por el médico la frase "VER AL DORSO". El beneficiario debe firmar nuevamente como muestra de conformidad).
- ☼ Medicamentos recetados y cantidad de cada uno.
- ☼ Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- ☼ Fecha de Prescripción
- ☼ Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.

### LÍMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES:	2 (dos)
POR RECETA:	Hasta 2 (dos) envases
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS:	Hasta 5 (cinco) por receta
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS:	Hasta 1 (uno) por receta

### LÍMITES DE TAMAÑOS

HASTA 1 (UNO) DEL PRIMER TAMAÑO POR RENGLÓN  
HASTA 1 (UNO) DE TAMAÑO GRANDE POR RECETA (Se considera GRANDE el envase siguiente al menor).

### OTRAS ESPECIFICACIONES

<b>Cuando el Médico:</b>		<b>Deberá Entregarse:</b>
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

### MEDICAMENTOS FALTANTES

Si por cualquier motivo en la farmacia falta el o los productos recetados, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 Hs. de haber sido requeridos por el beneficiario, quien debe conocer tal condición para adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta.

**DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA**

☼ Adjuntar los troqueles del siguiente modo

De acuerdo al orden de prescripción.  
Incluyendo el código de barras.  
Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva)

☼ Número de orden de la receta.

☼ Fecha de Venta.

☼ Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos), las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario.

☼ Sello y firma de la farmacia.

☼ Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio y documento (La ausencia de estos datos es motivo de débito).

☼ Consignar los importes: Unitarios y Totales, TOTAL GENERAL, A CARGO de OSFATLyF, A CARGO Afiliado.

☼ Adjuntar copia del ticket de venta a la receta. En caso de no poder hacerlo notifique por escrito las razones. Dicha información quedará en el legajo de la farmacia.

**IMPORTANTE: Toda receta no presentada en el mes correspondiente podrá ser presentada hasta el mes siguiente. Pasado dicho plazo serán rechazadas.**

**EXCLUSIONES**

**IMPORTANTE: Las Leches enteras no están incluidas en el Plan**

**MODELOS DE RECETARIOS VIGENTE**

MEDICAMENTO Y MEDICAMENTO				CODIGO PROFESIONAL U INSITU		SERIE		DENOMINACION		CODIGO OBRA SOCIAL	
<b>OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION ARGENTINA DE TRABAJADORES DE LUZ Y FUERZA</b>											
FECHA DE EMISION	NUMERO DE BENEFICIARIO			CAT.	EDAD	FECHA DE DISPENSACION		CODIGO DE FARMACIA		N° DE ORDEN	
APELLIDO Y NOMBRE				SEXO	M <input type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/>	CANT. ENTREGA		PRECIO UNITARIO (\$)		IMPORTE (\$)	
Rpt/				CANTIDAD RECETADA						% A/C OBRA SOCIAL	
Rpt/				NROS. LETRAS						100	
"A" N° 22103				FIRMA PROFESIONAL		CERTIFICADO ENTREGA DE LOS MED. FACTURADOS		TOTAL RECETA (\$)		100	
SELLO INSTITUCION				SELLO ACLARACION FIRMA Y MATRICULA		SELLO		A CARGO BENEF. (\$)		100	
						FIRMA FARMACEUTICO		A CARGO D. SOCIAL (\$)		BENEF. <input type="radio"/> 3ro. INTERVENIENTE <input type="radio"/>	
										TIPO N°	
ROTULO 4	ROTULO 5	ROTULO 6	ROTULO 7	ROTULO 8	ROTULO 9	FIRMA CONFORME					
						(ACLARACION Y DOMICILIO)					