

Instructivo General de Farmacias

NORMAS DE LA OSDEPYM

TIPOS DE DESCUENTOS:

PLAN	Descuento	Recetario	Vademécum	Autorización
PYME 800 / PYME 800 OSPAÑA PYME 1000	40%	► Oficial (Chequera) ► Con membrete de OSDEPYM ► Con membrete del profesional/institución, incluye recetario de llamando al Dr. y FEMEBA (por pandemia COVID-19. Incluye recetario de llamando al Dr. y FEMEBA)	PMOE	No requiere, se dispensa según % de Cobertura/Descuento
PYME 2000 PYME Staff / PYME 2500 PYME 3000 / PYME 4000 PYME 2000H (O.S. Hipódromos) PYME Personal	40% 50 %	► Oficial (Chequera) ► Con membrete de OSDEPYM ► Con membrete del profesional/institución, incluye recetario de llamando al Dr. y FEMEBA (por pandemia COVID-19. Incluye recetario de llamando al Dr. y FEMEBA)	VDM OSDEPYM	No requiere, se dispensa según % de Cobertura/Descuento
PATOLOGIAS CRONICAS	Monto Fijo o 70% o 100%	► Recetario de plan de afiliado con autorización previa ► Recetario especial	Monto Fijo según PMOE o Porcentaje Autorizado	No requiere, se dispensa según % de Cobertura/Descuento
PLAN MATERNO INFANTIL	100%	► Debe contar con la frase "Plan Materno Infantil" impresa o con sello.	Según plan de pertenencia del afiliado	Requiere autorización
DIABETES	Solo por excepción, con autorización de OSEPYM			
PLANES COMBINADOS	Autorización especial de OSDEPYM para asociados de otras coberturas médicas.			

REQUISITOS RESPECTO DEL BENEFICIARIO Y RECETA:

* Requisitos para el beneficiario:

- Credencial oficial
- Documento de Identidad
- Receta física o digital

* Descuentos:

40%-50%-70%- Monto Fijo - 100% - según el Plan

1. PMI: 100% sobre medicamentos de vademécum de PMI (de no estar incluido en dicho vademécum, contará con el descuento del Plan). Las recetas podrán tener descuento mixto.

- La receta debe contar con la frase "PLAN MATERNO INFANTIL" impresa o con sello.
- 100% de descuento para la Madre, desde el momento de la detección del embarazo hasta 30 días posteriores al parto y para el Recién Nacido hasta el año de vida
- Medicamentos: según plan de cobertura del beneficiario.
- Leches: Deben contar con autorización previa de OSDEPYM, se expenderá la cantidad y el tipo autorizado.

2. RECETARIOS PATOLOGIAS CRONICAS Y TRATAMIENTOS PROLONGADOS

- Los recetarios para Pacientes con Patologías Crónicas y Tratamientos prolongados (según muestra) le permiten al asociado adquirir medicamentos por períodos prolongados
- El paciente debe presentar la receta por duplicado
- La Farmacia expenderá únicamente los productos contemplados en el vademécum de OSDEPYM, teniendo en cuenta los porcentajes de cobertura especificados en el mismo (general, MONTO FIJO, 70% o 100%).
- Cabe mencionar, que en este tipo de recetarios no requieren autorización aquellos productos identificados en el vademécum con cobertura según MONTO FIJO, 70% o 100%.
- En el caso del plan PYME PERSONAL (cuya cobertura general opera sin vademécum), se utilizará el vademécum únicamente para establecer el descuento que le corresponde a los productos crónicos (MONTO FIJO, 70% o 100%).
- En cada entrega, la farmacia corroborará la habilitación del afiliado y completará el cupón respectivo del recetario (1ª Entrega, 2ª Entrega, etc.) por duplicado, adjuntando al dorso del cupón original los troqueles y el ticket de venta correspondientes, y respetando la cantidad de renglones y envases indicada en las normas generales.
- Plazo de validez de la prescripción original y 1ra. entrega: el día de la prescripción y los 30 días siguientes.
- Para la última entrega el plazo de validez es el día de la prescripción y los 180 días siguientes.
- En caso de que el paciente solicite más de 2 (dos) entregas en forma simultánea, la receta deberá estar previamente autorizada para ello por OSDEPYM
- En todos los casos, el asociado debe firmar el casillero correspondiente a la conformidad de cada entrega, conservando el cupón de la derecha del recetario, a fin de identificarlo fácilmente cuando concurra a la farmacia para retirar las siguientes entregas
- Con la primera entrega, la farmacia presentará la parte del recetario correspondiente a la prescripción original. El 1º cupón debe presentarse siempre junto a la prescripción original. La Farmacia conserva el duplicado verde para su control, junto a los cupones blancos restantes (originales) que utilizará en las entregas pendientes.
- En las siguientes entregas, la farmacia completará y presentará cada uno de los cupones originales correspondientes (2ª entrega, 3ª entrega, etc.). Adjuntar a ellos, una fotocopia de la prescripción original.

* Enmiendas:

- En la prescripción: salvada al dorso y por el médico (sello y firma).
- En el expendio: salvada al dorso y por el beneficiario si la enmienda es en el importe a cargo del beneficiario y/o a cargo de la Obra Social y por la farmacia en el resto de los casos.

* **Recetario Físico:**

Tipo de receta: El indicado en cada Plan (ver cuadro). Prov. De Santa Cruz: son válidos para todos los planes los recetarios pertenecientes a Hospitales Regionales

Validez: 90 (noventa) días contados a partir de la fecha de prescripción, excluyendo la misma.

Datos que debe contener la receta física o formato digital:

- Nombre de la Entidad (en recetarios no oficiales)
- N° de beneficiario paciente (En caso de no corresponderse con la credencia la farmacia deberá aclararlo al dorso de la receta avalando la corrección con la firma beneficiario).
- Apellido y Nombre beneficiario paciente.
- Fecha de prescripción de la receta
- Nombre genérico, potencia y presentación de lo prescripto por el profesional
- Diagnóstico.
- Aclaración cantidad unidades en letras y números
- Firma y sello del médico u odontólogo (aclaración, N° matrícula)
- Firma y aclaración del beneficiario y/o tercero interviniente.
- Domicilio beneficiario y/o tercero interviniente.
- Documento beneficiario y/o tercero interviniente.
- Ticket fiscal o comprobante interno de la farmacia. con N° de ticket fiscal abrochado a la receta.
- Firma y sello de la farmacia

El afiliado podrá exhibir impreso el recetario reemplazando el pedido médico original, para todas las coberturas 40%, 50%, Monto Fijo, 70% y 100%.

Cumplimentado siempre con la leyenda prescripta por el médico "Recetario emergencia Covid 19" según lo indica la Resolución 696/2020 del Ministerio de Salud.

* **Otros controles (verificar que):**

- Fecha venta: hasta 30 días desde la fecha de emisión (excepto con autorización del Prof. actuante)
- Fecha emisión anterior o igual a Fecha venta
- En lo referente al profesional:
 - Confeccionada de puño y letra del con la misma tinta
 - El sello aclaratorio debe contar con: Aclaración de la firma
 - Matrícula ("N" o "P" según corresponda)

NORMAS DE DISPENSACION:

* **El ticket de venta que acompañe a la receta deberá ser exclusivamente el emitido por el Controlador Fiscal, es decir:**

- Si Usted tiene una **Impresora Fiscal** homologada por la D.G.I. deberá adjuntar a la receta el Boucher que emite el controlador fiscal con carácter de no fiscal.
- Si Usted tiene una **Caja Registradora Electrónica Fiscal** homologada por la D.G.I. deberá adjuntar a la receta el ticket emitido por el sistema interno de la farmacia, consignando en el mismo el n° de ticket de la registradora fiscal .
- Se deberá emitir un ticket por receta, o caso contrario (por diferencia de cobertura), dos tickets con igual fecha de venta por receta.

* Requisitos de los productos:

- **Especialidades incluidas:** Vademécum General
- **Psicofármacos:** El profesional debe confeccionar además un segundo recetario de acuerdo a las normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia.
- **Limitaciones de tamaño:**
 - Hasta 2 (Dos) del primer tamaño por renglón
 - Hasta 1 (uno) de tamaño grande por renglón

* Otras Especificaciones:

Cuando el Médico:		Deberá Entregarse:
No indica Contenido	→	El de Menor Contenido
Equivoca Cantidad o Contenido	→	El tamaño inmediato inferior
Sólo indica GRANDE	→	El tamaño siguiente al menor

* Limitaciones de cantidad:

CANTIDAD DE RENGLONES:	2 (dos)
POR RECETA:	Hasta 4 (cuatro) envases
POR RENGLÓN:	Hasta 2 (dos) envases
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS:	Hasta 5 (cinco) por receta
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS:	El menor número de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas

Las recetas para Patologías Crónicas y Tratamientos Prolongados cuentan con 4 (cuatro) renglones

* Troqueles:

En virtud que **los troqueles** adheridos a las recetas representan la fiscalización del expendio de los medicamentos, los mismos **no podrán tener signos de utilización previa**, es decir no podrán tener perforaciones múltiples, ni estar pre engomados y/o precintados y vueltos a pegar.

A tal efecto la Obra Social considerará causal de débito el incumplimiento de lo precedentemente expuesto.

Cabe aclarar que si la Farmacia opera con sistema de vale para entrega diferida, reintegro, cuenta corriente, devolución o cambio de productos, tendrá que implementar los procedimientos que correspondan para facturar las recetas con los troqueles totalmente inalterados.

* Generalidades:

- **Precio regido por:** Manual Farmacéutico vigente al momento del expendio.
- **Cambio de domicilio de la farmacia (u otros datos):** Comunicarse con GMS.
- Los odontólogos sólo podrán prescribir medicamentos relacionados a su especialidad
- Solo podrán ser expendidos los medicamentos que figuran con la siguiente descripción en su presentación: "venta bajo receta" y troquelados.
- Aquellos medicamentos incluidos en el Vademécum de OSDEPYM y que hayan pasado a ser de venta libre dejarán de tener cobertura para la Obra Social.
- Vencimientos de presentación de recetas: se reconocerán las prescripciones medicas cuya fecha de venta sean de hasta 60 días anteriores a la del período.

SUSTITUCION

En los planes con vademécum el farmacéutico -con la conformidad del beneficiario y farmacéutico- podrá sustituir el medicamento por otra marca comercial, según la siguiente norma:

- El producto sustituto debe siempre respetar el nombre genérico, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades de la prescripción del profesional médico u odontólogo. Se entiende como similar cantidad de unidades a la presentación que tenga una variación del +/- 25% en el número de unidades (redondeado).

PLANES COMBINADOS

Credencial: De otras coberturas médicas distintas a OSDEPYM.

Recetarios: De cualquier tipo

Productos cubiertos y descuentos: Los autorizados por OSDEPYM. Se deberá presentar original junto a la autorización. La ausencia de dicha autorización es motivo de débito.

AUTORIZACIONES ESPECIALES

Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos (por ejemplo, beneficiarios fuera de padrón, productos no cubiertos, etc.) y/o cobertura para Patologías Crónicas sin recetario especial, cuando se hallen autorizadas indistintamente mediante cualquiera de las siguientes modalidades:


Autorizaciones
Nº 1454040

EMPAQUE/FORMA/FECHA DE VENCIMIENTO
 REQUERIR VALORACION OMR-RH

Autorización Nº: 1454040		Fecha Autorización: 05/04/2021		Fecha Validación: 05/04/2021		Recetado Por: recetando																													
Estado: A - Abierta																																			
Episodio																																			
DATOS ARLADO																																			
Café: Yagor		Apellido y Nombre:		DNI:		OS: OSDEPYM																													
Edad: 71.1		Categoría: O		Plan: P2000 M		Grupo: PYME																													
				Módulo Ingreso:		Sector:																													
DATOS DEL MEDICO PRESCRIPCIÓN																																			
DATOS PRESTADOR																																			
Ap. y Nombre:																																			
Profesión de ejercicio: Profesional de salud:																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.7em;"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Detalle</th> <th>Dosis Clínica</th> <th>Dosis Autoriz.</th> <th>Detalle</th> <th>Fecha Inicio</th> <th>Fecha Fin</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0540034</td> <td>metformina</td> <td>500 MG</td> <td>1700</td> <td>Auto Inicial</td> <td>05/04/2021</td> <td></td> </tr> <tr> <td>0540042</td> <td>glimepirida</td> <td>60 MG COMP. US. MCO. X</td> <td>60</td> <td>Auto Inicial</td> <td>05/04/2021</td> <td></td> </tr> <tr> <td>0400021</td> <td>glimepirida</td> <td>30 MG COMP. US. MCO. X</td> <td>30</td> <td>Auto Inicial</td> <td>05/04/2021</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								Código	Detalle	Dosis Clínica	Dosis Autoriz.	Detalle	Fecha Inicio	Fecha Fin	0540034	metformina	500 MG	1700	Auto Inicial	05/04/2021		0540042	glimepirida	60 MG COMP. US. MCO. X	60	Auto Inicial	05/04/2021		0400021	glimepirida	30 MG COMP. US. MCO. X	30	Auto Inicial	05/04/2021	
Código	Detalle	Dosis Clínica	Dosis Autoriz.	Detalle	Fecha Inicio	Fecha Fin																													
0540034	metformina	500 MG	1700	Auto Inicial	05/04/2021																														
0540042	glimepirida	60 MG COMP. US. MCO. X	60	Auto Inicial	05/04/2021																														
0400021	glimepirida	30 MG COMP. US. MCO. X	30	Auto Inicial	05/04/2021																														
DIRECCIÓN DEL PRESTADOR:																																			
Av. 1000		Calle y Fecha:		CABA		11111																													

Con la actual autorización, se cancela la prestación anterior. Asimismo, si solicita la misma medicación independientemente de la dosis y potencia.

Por favor tener en cuenta:

Fecha de vencimiento del certificado de inscripción: 05/04/2021

Proceder a pagar el valor de los medicamentos dentro de los 15 días hábiles de la emisión de la autorización. Si no se realiza el pago, la autorización será cancelada y el paciente deberá pagar el valor de los medicamentos. Si no se realiza el pago, la autorización será cancelada y el paciente deberá pagar el valor de los medicamentos. Si no se realiza el pago, la autorización será cancelada y el paciente deberá pagar el valor de los medicamentos.

Las autorizaciones sólo pueden ser presentadas en farmacias PLAN DIABETES.

En las farmacias los médicos los fechas de los próximos ingresos. Si no se dispone de las fechas de próximos ingresos, el paciente deberá presentar la autorización en la fecha de emisión para el médico y con el mismo controlador.

La farmacia no entregará el medicamento si la autorización no es válida por el médico. Si no se realiza el pago, la autorización será cancelada y el paciente deberá pagar el valor de los medicamentos. Si no se realiza el pago, la autorización será cancelada y el paciente deberá pagar el valor de los medicamentos.



Verifique el código en: verifique@osdepym.com.ar
 Domicilio: vía, 20 mar 2021 a las 10:30

Este es un documento de autorización y no debe ser utilizado como comprobante de pago. La autorización de los ingresos por parte del prestador para que se presente a su pago.

► Mediante alguno de los siguientes sellos:



En este caso **debe aplicarse el MONTO FIJO o descuento** que figure en Vademécum. Por lo tanto, **no es necesario que aclare el porcentaje de descuento**



En este caso **debe aplicarse 70%**, el descuento que indique la Entidad u otras excepciones a la norma.

- ♦ Si la prescripción **no indica marca, debe expendirse una marca incluida en el Vademécum.**
- ♦ Si la prescripción **indica una marca o bien un principio activo no incluidos en el Vademécum,** debe expendirse **lo que autorice** OSDEPYM, sin considerar el Vademécum

Autorizaciones del Centro de Atención al Beneficiario de OSDEPYM: mediante firma y sello de alguna de las siguientes personas:

Listado actualizado de autorizantes (Centro de Beneficiarios)				
Ailín Esses			Mabel Aguirre	Sabrina Perrone
Alejandra Campos (Cons. externos OSPAÑA)	Germán García	Laura Godoy	Myriam Justo	Sandra Cansinos
Érica Tello	Giannina Lucci		Natalia Basile	Sebastián Rojas
Francisco Moreau		María José Morales	Natalia Vitteta	Sol López Blasco
Maite Rodriguez		Mariela Alcaraz	Ornella Barberi	Sonia Gambín
Yanina Yopolo	Ivana Zárate		Pablo Zalduendo	Stefanía Rodríguez
Eric Kieffer	Jessica Alchiruth	Marta Pinto	Pamela Cuello	Vanesa Durán
Vanesa Mansilla	Julia Campos	Melina Pachao	Paola Gómez	Dr. Harry Triantafilo

Autorizaciones de Auditoría Médica de OSDEPYM:

Son válidas las autorizaciones especiales que realice la Auditoría Médica de OSDEPYM cuando así lo indica el sello, tal como el siguiente ejemplo:



En el caso de interior del país, son válidas las autorizaciones que indiquen "Auditoría Médica OSDEPYM."

Atención: NO confundir con el listado de autorizantes del Centro de Atención al Beneficiario que figuran en el punto anterior

En caso de que el beneficiario no figure en padrón o si su farmacia se encuentra imposibilitada momentáneamente para validar, puede corroborarse la habilitación del afiliado comunicándose a la siguiente línea gratuita: 0800-288-7963

VALIDACIÓN:

1- Validación ON-LINE

La ventaja de este validador es que la información a validar se toma del mismo sistema de facturación de la farmacia, sin la necesidad de ingresar los datos más de una vez.

Requerimientos: para utilizar el sistema se requiere un acceso a Internet dedicado (ADSL o similar).

Especificaciones técnicas mínimas

El sistema es de uso sencillo e intuitivo y no requiere de conocimientos específicos.

2- Validación web

Requerimientos: para utilizar el sistema solo se requiere el Internet Explorer 7 o superiores y cualquier tipo de conexión a Internet.

Especificaciones técnicas mínimas

El sistema es de uso sencillo e intuitivo y no requiere de conocimientos específicos.

NOTA:

De acuerdo a la **obligatoriedad de la validación** de recetas deberá comunicarse con nosotros al teléfono/ e-mail:

Tel.: 0800-666-7006 CABA
0810 – 666 – 7006 Interior
(Lu a Vi de 8:00 a 20:00 y Sab 8:30 a 13:30)
e-mail: farmacias@gmssa.com.ar

Para otorgarle un código de usuario/clave o contraseña para poder realizar las validaciones en la página de GMS: <http://farmaciasnet.gmssa.com.ar>, en el momento que surja cualquier inconveniente referido al tema o denunciar aquellas recetas que no pueden ser validadas.

NORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN:

En el expendio:

Deberán completar los siguientes datos:

- FECHA DE VENTA
- PRECIO UNITARIO y TOTALES
- CANTIDAD ENTREGADA
- IMPORTE RP
- A CARGO OBRA SOCIAL RP
- TOTAL DE LA RECETA
- TOTAL A CARGO DEL BENEFICIARIO
- TOTAL A CARGO DE LA OBRA SOCIAL

Completar la receta con los datos correspondientes a la farmacia:

- **Código de farmacia:** n° asignado por GMS a la farmacia.
- **Orden:** N° correlativo que identifica a la receta dentro del lote de acuerdo al resumen.
- **Sello y firma farmacéutico:** sello y firma.
- **Troqueles:** adherir los troqueles de los envases de los medicamentos entregados en el orden que figuran en los renglones RP.
- **Ticket fiscal de la receta.**
- **Completar datos de beneficiario o tercero interviniente:** Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento (La ausencia de estos datos es motivo de débito)

Esto es válido para cualquier modelo de recetario vigente que exista

Además de la presentación física de las recetas, deberán enviar vía mail las pre liquidaciones, a través del sistema de preliquidación web (PLW) ingresando a <http://farmaciasnet.gmssa.com.ar>, generando la PLW y enviando los datos a presentacionosdepym@gmssa.com.ar

En la liquidación:

Solo para aquellas farmacias que realizan la presentación a través de la pre liquidación web (PLW) enviar por DUPLICADO solo la carátula (ver instructivo)

Para el resto de las presentaciones que no son a través de la PLW, deben enviar **por DUPLICADO la carátula y el resumen** de recetas impreso que deberá contener como mínimo los siguientes datos:

*** Resumen:**

- Razón social o Nombre fantasía
- Código de farmacia otorgado por GMS
- N° de Pre liquidación
- Período
- Tipo de descuento
- N° de orden (Numerar cada una de las recetas de acuerdo a la fecha de expendio)
- Fecha de venta
- Id. De validación
- N° de receta
- Número de beneficiario / paciente
- Importe bruto
- Importe a cargo de la Obra Social

*** Carátula:**

- Nombre de la farmacia
- C.U.I.T.
- Nombre del farmacéutico
- Código de farmacia otorgado por GMS
- Provincia
- Localidad
- C.P.
- Período
- Tipo de plan
- Descuento
- Importe bruto total
- Importe a cargo de la obra social
- Importe a cargo obra social bonificado
- Cantidad total de recetas (de acuerdo al descuento)

Los importes totales y a cargo de la Obra Social que se detallan en resumen, deben ser sumados y ese importe debe ser colocado (según corresponda) en la carátula que acompaña a cada lote

Nota:

Las re facturaciones deben ser enviadas separadas por período de facturación. Se envían realizando Carátula y Resumen en forma manual (Ver modelo adjunto)

*** Ver modelo del Resumen y Carátula de Recetas. Cumplimentar en él, todos los campos consignados en el mismo, teniendo en cuenta los siguientes datos:**

Importante:

- Enviar en forma conjunta los distintos lotes confeccionados a:

Rivadavia 611 1° Piso - C.A.B.A.

- La fecha límite a presentar será el último día hábil de cada mes, es decir, que la facturación será a mes completo.
- La carátula y el resumen de recetas deberá estar firmado y sellado por el responsable de la farmacia
- El incumplimiento de las normas de presentación de la facturación será causal de devolución de la misma.
- El cumplimiento del presente Instructivo es imprescindible para el procesamiento de la documentación ingresada en tiempo y forma y su acatamiento será beneficioso para todas las partes intervinientes.

La fecha de presentación será del 1 al 10 de cada mes

RECHAZOS

1	FALTAN DATOS DEL BENEFICIARIO	
2	FALTAN FIRMA O DATOS BENEF / TERCERO	
3	FALTA FECHA DE EMISION	RECHAZO
5	FALTA FECHA DE VENTA	
7	FALTA SELLO Y/O FIRMA DE LA FARMACIA	
8	SELLO Y/O FIRMA DE MEDICO INEXIST / ILEGIBLE	
9	FARMACIA NO POSEE CONTRATO ACTIVO	RECHAZO
10	MEDICAM. NO PRESCRIPTO / FALTAN DATOS	
11	FALTA TROQUEL	RECHAZO
12	ENMIENDA NO SALVADA POR EL MEDICO	
14	TICKET NO COINCIDE CON RECETA	
15	NO ES RECETA OFICIAL	RECHAZO
16	RECETA FALTANTE	
17	FALTA TICKET	
22	FALTA N° DE AFILIADO *	
23	NRO. DE AFILIADO INCORRECTO	
24	LA RECETA NO CORRESPONDE AL LOTE	
31	AFILIADO NO EXISTE EN EL PADRON	RECHAZO
32	RECETA INVALIDA	RECHAZO
34	FECHA EMISION / VENTA INVALIDA	
36	FECHA DE VENTA INVALIDA (EMISION + 30 DIAS)	
38	TROQUELES NO VALIDOS	RECHAZO
40	AFILIADO DADO DE BAJA	RECHAZO
41	RECETARIO FUERA DE VIGENCIA	RECHAZO
42	FALTA INDICAR GENERICO	
43	SUSTITUCION NO AVALADA	
44	EXCEDE CANTIDAD PREESCRITA RP	AJUSTE
45	MAL FACTURADO	
46	VENCIDO EL PLAZO PARA REFACTURAR	RECHAZO
47	ENMIENDA NO SALVADA POR AL FARMACIA	
48	ENMIENDA NO SALVADA BENEF/ OBRA SOCIAL	
50	MEDICAMENTO FUERA DE VADEMECUM	RECHAZO
53	DISTINTA LETRA O TINTA DEL PERSONAL FARMACEUTICO	
54	CAMBIO DE LETRA O TINTA DEL MEDICO	
55	LA RECETA NO PERTENECE AL PERIODO	
57	FALTA NOMBRE DEL AFILIADO *	
58	PORCENTAJE DE COBERTURA MAL APLICADO	
62	EXCEDE LA CANTIDAD DE MEDICAMENTOS EN LA RECETA	
63	AJUSTE POR DIF. EN VALORES FACTURADOS	

65	FALTA PRESCRIPCION MEDICA	
66	RECETA OBSERVADA Y VUELTA A PRESENTAR CON ERROR	
69	TRQUELES NO CORRESPONDEN	RECHAZO
72	ERROR EN EL CALCULO DE RECETA	
74	IMPORTE A CARGO O SOCIAL SUPERA AL VALOR COBERTURA	AJUSTE
75	IMP. A O. SOCIAL SUPERA VALOR COBERTURA + ERROR 44	AJUSTE
76	PRECIO DEL TROQUEL NO CORRESPONDE	
77	PRECIOS UNITARIOS INVERTIDOS	
78	FALTAN DATOS EN RECETA	
82	BENEFICIARIO NO POSEE PMI ACTIVO	
83	DEBITO NO REFACTURABLE	RECHAZO
84	NOMBRE DEL AFILIADO INCORRECTO	
86	RECETA DUPLICADA	RECHAZO
87	NO COINCIDE VALIDACION CON DATOS DE LA RECETA	RECHAZO
88	RECETA NO VALIDADA	RECHAZO
89	PLAN NO COINCIDE CON LO VALIDADO	RECHAZO
90	NÚMERO DE RECETA NO COINCIDE CON LO VALIDADO	RECHAZO
92	TROQUEL RECHAZADO EN VALIDACIÓN	RECHAZO
93	MEDICAMENTO NO AUTORIZADO	
95	TROQUEL NO PUEDE SER VENDIDO POR LA FARMACIA	RECHAZO
96	CODIGO DE FARMACIA EN VALIDACION NO CORRESPONDE	RECHAZO
97	FECHA DE VENTA DIFIERE EN VALIDACIÓN	RECHAZO
98	NÚMERO DE AF. PACIENTE DIFIERE EN VALIDACIÓN	RECHAZO
99	CÓDIGO DE VALIDACIÓN INCORRECTO	
100	RECETA CANCELADA EN VALIDACION POR FARMACIA	RECHAZO
101	MEDICAMENTO NO VALIDADO	RECHAZO
102	CAMBIO DE TINTA, LETRA Y/O FIRMA DEL BENEFICIARIO O TERCERO INTERVINIENTE	
103	ORDEN DE PROVISIÓN FUERA DE VIGENCIA	
105	GENERICO NO CORRESPONDE	
106	ENMIENDA MAL REALIZADA	
107	TROQUEL NO COINCIDE CON LO VALIDADO	RECHAZO
109	TAMAÑO NO CORRESPONDE	
110	POTENCIA NO CORRESPONDE	
111	FALTA INDICAR POTENCIA	
112	DOCUMENTACION NO CORRESPONDE	
113	MEDICAMENTO YA LIQUIDADO	RECHAZO
114	DOCUMENTACION INCOMPLETA	
115	CAMBIO DE LETRA Y/O FIRMA DEL MÉDICO EN DIFERENTE RECETAS.	
116	PRESENTACIÓN NO CORRESPONDE.	
117	FALTA FIRMA Y/O SELLO EN SUSTITUCIÓN.	
118	FECHAS INCOMPLETAS.	
119	GENÉRICO INCOMPLETO	

120	FECHA DE VENTA INCORRECTA EN RECETA	
122	NOMBRE DEL PACIENTE DIFIERE EN VALIDACIÓN.	RECHAZO
123	PRESCRIPCIÓN ILEGIBLE.	
124	TROQUEL DETERIORADO/ADULTERADO.	RECHAZO
125	FALTA INDICAR PRESENTACIÓN.	
127	TROQUEL NO VÁLIDO PARA FACTURAR A LA OBRA SOCIAL.	RECHAZO
128	MEDICAMENTO NO CORRESPONDE CON PRESCRIPCION	RECHAZO
129	FARMACIA NO AUTORIZADA	
130	VENCIDO EL PLAZO PARA FACTURAR	RECHAZO
131	BENEFICIARIO SUSPENDIDO	
132	BENEFICIARIO SIN PLAN DE COBERTURA	
133	FALTAN TROQUELES	AJUSTE

MODELOS DE RECETARIO

PROV. DE SANTA CRUZ: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES LOS RECETARIOS PERTENECIENTES A HOSPITALES REGIONALES

Fecha de Impresión 12 09 02				CHEQUERA DE REFERENCIA MEDICAMENTOS AMBULATORIOS Nº de Chequera 5832		 0000037500	
A completar por el Médico				A completar por la Farmacia			
Apellido y Nombres		Plan Pyme		Fecha de Venta		Vencimiento: 30 Días a partir de la fecha de prescripción	
Número de Afiliado				Envases Entrega		Precio Unitario	
				Total de Item		Dcto %	
		Cant. Envases					
		Nº					
		Letras					
		Nº					
		Letras					
Código Prestador		Código Med. Referente		Total Receta \$		Tiro y Nº de Documento	
710				A cargo Afiliado \$			
Fecha		Sello Establecimiento				Firma Afiliado o Tercero	
		Sello y firma del Profesional					

OSDEPYM
 La Obra Social Empresaria
 (res. I.N.O.S. 401704 - I.G.P.J. 389/77)

RP/

Fecha de Impresión		Plan de Salud PYME		Chequera de Urgencia MEDICAMENTOS AMBULATORIOS		Debe contar con la leyenda "MEDICAMENTOS AMBULATORIOS"	
A completar por el Médico				A completar por la farmacia			
Apellido y Nombres			Plan - Pyme		Fecha de Venta		
Número de Afiliado					Vencimiento: 30 Días a partir de la fecha de prescripción		
			Cant. Envases		Envases Precio Total de Dcto		
			N°		Entrega Unitario Item %		
			Letras				
			N°				
			Letras				
Código Prestador		Código Méd. Referente		Total Receta \$		TROQUELES	
Fecha		Sello Establecimiento		A cargo Afiliado \$		Tipo y N° de Documento	
		Sello y Firma del Profesional				Firma Afiliado o Tercero	



9003700344895

Receta médica

- "EMERGENCIA COVID - 2019"
- Obra Social: OSDEPYM
- Nombre completo:
- Número de afiliado:
- Plan:
- Diagnostico:
- Fecha de prescripción:

Nombre:	
Nombre genérico:	
Presentación:	
Dosis:	
Forma Farmacéutica:	
Cantidad:	
Cantidad de envases:	



Dra. xxxxx
MN xxxxxx Médico

Entidad Primaria		Fecha (d/m/a)		Hora	N° Bono/Autor
Obra Social	Plan	Cond IVA	N° Afiliado		
Apellido y Nombre		Edad	Localidad		

R/p.

Diagnóstico:

Firma del Médico

Sello y Matrícula



Dr. **XXXXXXXX**
MEDICINA GENERAL y/o MEDICINA DE
FAMILIA



Nombre completo afiliado

Obra Social: OSDEPYM - P xxx - 2 XXXXXXXXXXXXX

DNI del afiliado

- **Item 1**
- **Item 2**

Diagnostico Presuntivo:

Observaciones/Indicaciones:

Urgencia ☐
Domicilio ☐

Firma:

Dr. _____

MN: XXXXXX

Fecha de Emisión: 06/10/2021

Emergencia COVID-19

MODELO DE RESUMEN Y CARÁTULA:

MODELO DE RESUMEN:



RESUMEN DE FACTURACION

PERIODO:.....

COD. FARMACIA:.....

NOMBRE DE LA FARMACIA:.....

C.U.I.T.:.....

TIPO DE DESCUENTO:.....

Orden	Fecha	Validación	Nº de receta	Beneficiario	Importe bruto	Importe a cargo O. S.
TOTALES						
			BONIFICACION			
			NETO A COBRAR			

.....

Sello y Firma Farmacia

MODELO DE CARÁTULA



CARATULA DE RECETAS

Nombre Farmacia	CUIT

Nombre Farmacéutico	COD. FCIA

Provincia	Localidad	Cód. Postal

TOTALES			
Bruto Total	A Cargo O. S.	A Cargo O. S. Bonificado	Cant. de Recetas

Firma y Sello de la Farmacia

PERIODO 2021.....

DIA	MES	AÑO

REFACTURACIONES	
(marcar con X)	
REFACTURACION	

PLAN	
AMBULATORIO	

GMS: Consultores