



(ANEXO II)

NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE: Obra Social del Personal de la Industria Plástica

O.S.P.I.P

V.2.0

Presentación de recetas: 1 al 10

DESCUENTOS A CARGO DE O.S.P.I.P

Vigencia: 01-05-22

Convenio Preserfar 284- SISTEMA OBLIGATORIO PARA HOMOLOGAR SISTEMAS DE FACTURACION

"573" - Ambulatorio	40%	*** Plan Activo en Validador "MisValidaciones"
"574" - Ambulatorio + Sindicato	60%	*** Plan Activo en Validador "MisValidaciones"
"575" - Plan Materno Infantil (PMI)	100%	*** Plan Activo en Validador "MisValidaciones"
"577" - Anticoncepción	100%	*** Plan Activo en Validador "MisValidaciones"
"689" - Crónicos 70%	70%	*** Plan Activo en Validador "MisValidaciones"
"576" - Autorizaciones Especiales	Según Cobertura O.S	*** Plan Activo en Validador "MisValidaciones"

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

✧ Credencial, Documento de Identidad y Receta.

RECETARIO

TIPO: TODO TIPO DE RECETARIO (Particular o de Instituciones)
VALIDEZ: 30 días contados desde la fecha de prescripción.

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

- ✧ Nombre de la Entidad
- ✧ Apellido y Nombre del Beneficiario
- ✧ Número de Beneficiario (En caso de no corresponderse con la credencial la farmacia deberá aclararlo al dorso de la receta, avalando la corrección con la firma del beneficiario).
- ✧ Prescripción: La dispensa debe coincidir con lo prescripto por el profesional. Pudiendo ser:
 - ✧ Por D.C.I. (Denominación Común Internacional)
 - ✧ En su defecto pueden contener: D.C.I. + sugerencia de Marca
- ✧ Medicamentos recetados y cantidad de c/u en números y letra.
- ✧ Fecha de Prescripción (N.º Árabigos o Romanos, no mezclar, en dicho caso será motivo de debito)
- ✧ Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.

LÍMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES:	2(dos)
POR RENGLÓN:	Hasta 1 (UNO) envases
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS:	1 (Uno)
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS:	Hasta 5 (CINCO) por receta
CANTIDAD DE RENGLONES "ficha+receta"(cronico 70% VA)	HASTA 6 Renglones POR RECETA
CANTIDAD DE ENVASES "ficha+receta"(cronico 70% VA)	Los que Permita el Validador.

LÍMITES DE TAMAÑOS

El prescripto por el médico.

En los casos en que se prescriba más de una unidad por especialidad el profesional deberá indicar la leyenda

"Tratamiento Prolongado".

De no disponer la farmacia del tamaño indicado en la receta, podrá entregar un tamaño menor aclarando en la receta el contenido real del producto vendido.

OTRAS ESPECIFICACIONES

Cuando el Médico:

No indica Contenido
Si indica Tamaño "Grande"
Equivoca Cantidad o Contenido

Deberá Entregarse:

- El de Menor Contenido
- La presentación siguiente a la menor
- El tamaño inmediato inferior

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.

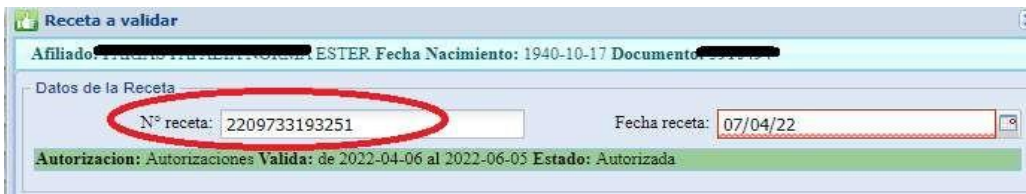
DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- ✧ 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, debido que dificultan la lectura del código de barras).
- ✧ Número de orden de la receta / Código de Validación On-line en caso de que no este homologado el sistema de Facturación.
- ✧ Fecha de Venta.
- ✧ Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico/Validador Mis Validaciones).
- ✧ Sello y firma de la farmacia.
- ✧ 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).
- ✧ Consignar los importes: **Total**, A CARGO de **LA OBRA SOCIAL** y **A CARGO Afiliado**.
- ✧ Adjuntar ticket de venta, Validación On-line pudiendo ser: ticket fiscal propiamente dicho, documento NO FISCAL HOMOLOGADO, duplicado o triplicado del ticket fiscal, que es idéntico al original pero con una leyenda de fondo que dice "NO FISCAL" o facturas A, B o C)
Este criterio está amparado en la Resolución General 4104 de la AFIP. Salvo que la Farmacia acredite que está eximida de cumplir la disposición, hecho que deberá documentar.

IMPORTANTE: Toda receta no presentada en el mes correspondiente podrá ser presentada hasta el mes siguiente. Pasado dicho plazo será rechazada.

AUTORIZACIONES ESPECIALES

- ✧ Las Recetas que hayan sido autorizadas especialmente por "**O.S.P.I.P**" u/o "**FARM+**"
Tendrán adjuntas un numero o Código de Autorización de "MisValidaciones" Este numero, debe ser colocado en el campo "Numero de Receta" al validar la misma.



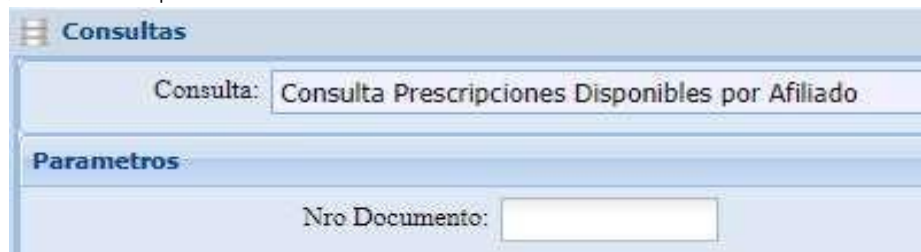
- ✧ Eventualmente, "FARM+" puede contactarse con la farmacia para autorizar específicamente:
- ✧ Cambios de Marca, Fechas de Prescripción vencidas, Cualquier otro error en la prescripción/Receta.

INSTRUCTIVO CONSULTAS - MIS VALIDACIONES

- ✧ Para poder visualizar si el afiliado cuenta con medicación cargada dentro del validador y si tiene disponibilidad para retirar.
- ✧ Debe ingresar a : Consultas "Consulta Prescripciones Disponibles Por Afiliado".
- ✧ Si No tiene esta Herramienta Habilitada Comunicarse al info@farmmas.com.ar o al 4381-1114/4381-2297/4381-2500/4381-2502 Para poder Habilitarlo.



- ✧ Solo se Consulta por DNI del Beneficiario.



- ✧ **COLUMNA DESCRIPCION:** Nos indicara el plan que tiene habilitado el afiliado
- ✧ **COLUMNA NOMBRE:** La Monodroga que tiene cargado el afiliado.
- ✧ **COLUMNA DETALLE:** En esta columna nos mostrara el estado del afiliado, el cual puede constatar de 4 instancias:
 1. **DISPONIBLE:** el afiliado puede retirar su medicación, según prescripción.
 2. **DISPONIBLE A PARTIR DEL PROXIMO MES:** el afiliado podrá retirar la medicación a partir del 1º del mes siguiente
 3. **DISPONIBLE A PARTIR DEL xx-xx-xxxx:** el afiliado podrá pasar a retirar su medicación a partir del día indicado, esto se debe a que tiene prescripción por días.
 4. **SI APARECE EL CAMPO EN BLANCO:** el afiliado no cuenta con prescripción dentro del validador por lo cual puede optar por retirar su medicación al 40/60% (dentro del VDM) o deberá acercarse a la delegación más cercana para regularizar su situación.

MisValidaciones Como validar

❖ SI NO DISPONE DE USUARIO Y CONTRASEÑA SOLICITARLO A: info@farmmas.com.ar o al 4381-1114/4381-2297/4381-2500/4381-2502

Es de manera obligatoria que todas las recetas deben estar validadas en la página mencionada.

❖ Con la receta a validar en mano ingresar a su usuario de la página Web de "Mis Validaciones".

❖ <http://www.misvalidaciones.com.ar/>

1º seleccionar la obra social y hacer click en la opción de menú: Validar receta.



2º Colocar el DNI o N° de afiliado y seleccionar el mismo.

Validar Receta

Busca Afiliado

DNI o Nro de Credencial: 43660909 [Buscar afiliado]

Afiliados encontrados

	Afiliado	DNI	Apellido y Nombre
Inactivo	117728	43660909	ABAD ABAD DA
✓ Selecciona	117728	43660909	ABAD ABAD AU

3º Realizar la validación sobre el plan AMBULATORIO y colocar los datos que se solicitan.

❖ En la misma será Indicada la Cobertura que le corresponde a la Medicación Prescripta.

4º Imprimir o anotar en la receta el código de validación emitido por el sistema (en caso que no este homologado con su sistema de Facturación).

MisValidaciones - Datos de la receta

Formación: [Redactado]
 C.E.P.: [Redactado]
 Correo: [Redactado]
 Plan: Ambulatorio [Redactado]
 Código de validación: 2204633129280
 Fecha Validación: 2020-07-13 12:26:14

Afiliado: DIAZ RUBERO OLGA HAYDÉE
 Nro: 17582
 Fecha Nacimiento: 1966-08-09
 Sexo: Femenino
 Documento: 17951966

Nro. receta: 242177 Fecha receta: 2022-02-01
 Médico: GUADAS CLAUDIA MARCELA: MN 88804

Producto	Presentación	Laboratorio	Cantidad	Prescritor	Importe	% cob.	Imp. Cob.	A cargo pac.
T4 MONTPELLIER 100	100 mcg comp x 50	Montpellier	2	\$1.517,78	\$3.035,56	70,00%	\$2.124,50	\$910,06
			2		\$3.035,56		\$2.124,98	\$910,66

5º Cierre del Lote (Obligatorio): Realizar el cierre de Lote a través de Mis Validaciones (Gestión de Recetas-Lotes). Incluir las recetas de todos los planes

En los campos de droguería a cargar, llenar campos de información (sólo por modalidad del sistema ya que lo solicita para continuar el procedimiento).



Cierre de Lotes a través MisValidaciones

❖ Todas las recetas de O.S.P.I.P deberán presentarse en LOTES SEPARADOS.

❖ Por cada lote porcentaje de descuento/plan se confeccionará una caratula adjunta, completando el Precio de venta, el A cargo de la Obra Social y la cantidad de recetas de dicho lote, con un resumen de liquidación del mismo.

❖ Además, se deberá confeccionar el resumen de liquidación y/o Facturación consolidando todos los LOTES

❖ Deberá realizar el cierre de las recetas validadas con el Manual "MisValidaciones Instructivo.pdf"

❖ Al momento de realizar el cierre deberá adjuntar la caratula de presentación a las recetas Y Sumarla a la Planilla de Liquidación TOTAL.

Caratula Cierre

Obra social: [Redactado]

Plan: AMBULATORIO GENERAL
 Farmacia: [Redactado] BUENOS AIRES
 Fecha de Cierre Lote: 2020-07-13 12:27:52
 Periodo: 2020-06
 Código Lote: 133117001101296062

Total Recetas: 49
 Total Producción: 68
 Total PVP: 56.324,29
 Total a Cargo del Sistema: \$3.162,33

133117001101296062

❖ ¿Qué pasa si entrego recetas que no están validadas?

La Auditoria devolverá las mismas sin realizar la Liquidación.

❖ ¿Qué pasa si entrego recetas que se encuentran validadas pero sin Cierre?

La Auditoria devolverá dichos lotes para su debida Re facturación.

NORMAS PARA PACIENTES CRONICOS CON FORMULARIO

⚙️ **TIPO RECETA "FICHA+RECETA"** (se Adjunta Modelo).

⚙️ Los Mismos se dispensaran con la ficha Receta Especial Correspondiente valida para Seis meses de tratamiento.

🔄 **Modalidad de Dispensas en Farmacias:**

⚙️ El beneficiario deberá acercarse a O.S.P.I.P. a fin de solicitar (o bajar de la WEB) la "Ficha+Receta" en donde el médico tratante completará todos los datos indicados en la misma.

⚙️ La prescripción se realizará según las monodrogas cubiertas indicando la dosis mensual, valido para el tratamiento de seis meses.

⚙️ El beneficiario concurrirá a la farmacia de la red habilitada para tal destino, munido de la "Ficha+Receta", Documento de identidad y Credencial de Obra Social.

La farmacia deberá dispensar por periodo mensual el tratamiento según el siguiente esquema:

⚙️ **Del 1º al 5º Periodo** :se realizará fotocopia de la "Ficha+Receta" y se procederá a la dispensa del mes correspondiente.

⚙️ **6º Periodo**: se dispensará el sexto mes de tratamiento y se retendrá la "Ficha+Receta" original.

A partir del sexto periodo, el beneficiario deberá concurrir nuevamente al médico tratante para gestionar una nueva "Ficha-Receta" semestral y así sucesivamente.

En caso de cambio de medicación durante el semestre, el beneficiario deberá concurrir nuevamente a la delegación más próxima a su domicilio a fin

de confeccionar la nueva "Ficha+Receta", con una nueva validez semestral.

Solamente se reconocerán los medicamentos incluidos en el Vademécum de O.S.P.I.P.



FICHA - RECETA PATOLOGÍAS CRÓNICAS

VÁLIDO SOLO PARA REPETICIÓN DE TRATAMIENTOS EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS, CON ACCESO A COBERTURA SEGÚN RES. 310 Y MODIFICACIONES

• Los medios para enviar formularios son: por correo electrónico a asistencia@audifarmsalud.com.ar

Por **WhatsApp** al: **113 8416 805**. Para evacuar cualquier consulta comuníquese al **011-3985-5439**, en el horario de 8:00 a 17:00hs, los días hábiles.

Ponemos a su disposición nuestra pagina web, www.ospip.org.ar donde podrá encontrar los protocolos en uso e información útil a los fines de cumplimentar las normas de uso que avalan los programas en los que usted inscribe a su paciente.

DATOS DEL AFILIADO

APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEXO ☐ F ☐ M
 DOC. TIPO _____ NRO. _____ FECHA DE NACIMIENTO _____
 NRO. DE AFILIADO _____ TELÉFONO _____
 CALLE _____ NRO. _____ PISO _____ DPTO. _____ COD. POSTAL _____
 BARRIO _____ LOCALIDAD _____ PROV. _____
 EMAIL (correo electrónico) _____

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE (para ser completado por el médico)

APELLIDO _____ NOMBRE _____
 MATRICULA _____ ESPECIALIDAD _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL / ACLARACIONES

TRATAMIENTO SOLICITADO

MONODROGA	POTENCIA	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	CAJAS MENS.

Es requisito indispensable adjuntar copia del certificado de discapacidad a los fines de una correcta auditoria.

NOTA Prescripción: "Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común Internacional que se indique, seguida de su forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración". (Ley 25649, Art. Segundo).

Sello y Firma del Profesional

Fecha



FICHA - RECETA PATOLOGÍAS CRÓNICAS

VÁLIDO SOLO PARA REPETICIÓN DE TRATAMIENTOS EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS, CON ACCESO A COBERTURA SEGÚN RES. 310 Y MODIFICACIONES

PARA SER COMPLETADO POR LA FARMACIA

DISPENSA Y LIQUIDACIÓN DE FARMACIA: COMPLETAR PERIODO DISPENSADO EN COPIA Y ORIGINAL

1° PERIODO DE TRATAMIENTO (Mes - Año)

4° PERIODO DE TRATAMIENTO (Mes - Año)

2° PERIODO DE TRATAMIENTO (Mes - Año)

5° PERIODO DE TRATAMIENTO (Mes - Año)

3° PERIODO DE TRATAMIENTO (Mes - Año)

6° PERIODO DE TRATAMIENTO (Mes - Año)

TROQUELES	PRECIO UNIT.	TOTAL
TOTAL DE LA RECETA		
A CARGO DEL BENEFICIARIO		
A CARGO DE LA O.S.		

Certifico entrega de los
medicamentos facturados

Sello y Firma del Farmacéutico

DATOS A COMPLETAR

Beneficiario Tercero Interviniente

Firma conforme:

Aclaración:

Tipo y N° de Doc.:

Domicilio:

Teléfono:

PRESENTACIÓN DE RECETAS 1 AL 10

Las recetas deberán presentarse cada mes, según calendario de presentaciones en la calle Cerrito 146 3° PISO – CP1010 - C.A.B.A. del 1 al 10 de cada Mes.

ATENCIÓN: EN CASO DE ENVIAR LAS RECETAS EN SOBRE "CARATULAR EL MISMO CON EL NOMBRE "FACTURACION, NOMBRE DE LA OBRA SOCIAL, Y FCIA"

La Farmacia deberá presentar las recetas en lotes separados
por Plan (descuento). Por cada lote se confeccionará la carátula adjunta, completando
el precio de venta, el a cargo de la Obra Social y la cantidad de recetas de dicho Lote, con un resumen del mismo.

DATOS DE INTERES

O.S.P.I.P

RNOS: 1-1600-6

DIRECCION: PAVON 4175 C.A.B.A CP1253

CUIT: 30-57176628-7

TEL: 5168-3200 / 5168-3201 / 0800-222-6774

WEB: www.ospip.org.ar

