



DAR SALUD
RNOS 1-28900-5 OSPFeSIQyP



NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE: Obra Social de la Federación de Sindicatos de Trabajadores de Industrias Químicas y Petroquímicas de la República Argentina

O.S.P.FE.SI.Q.Y.P (ANEXO II)

DESCUENTOS A CARGO DE O.S.P.FE.SI.Q.Y.P		Presentación de recetas: 25 al 30
		Vigencia: 01-05-22
Convenio Preserfar "509"- SISTEMA OBLIGATORIO		Convenio Preserfar "509"- PARA HOMOLOGAR SISTEMA
"xxx" - Ambulatorio***	50%	*** Plan Activo en Validador "MisValidaciones"
"xxx" - Diabetes	100%	*** Plan Activo en Validador "MisValidaciones"
"xxx" - PMI	100%	*** Plan Activo en Validador "MisValidaciones"
"xxx" - Anticoncepción	100%	*** Plan Activo en Validador "MisValidaciones"
"xxx" - Crónicos	70%	*** Plan Activo en Validador "MisValidaciones"
"xxx" - Autorizaciones	50%-70%-100%	*** Plan Activo en Validador "MisValidaciones"
"xxx" - Excepción	50%-70%-100%	
PLAN EXCEPCION		
OSPFEISIqYQ podra autorizar el expendido de medicamentos con diferentes coberturas. En la autorizacion debe indicarse el porcentaje autorizado 50% - 70% - 100%		
En el caso de que la Obra Social autorice una recetea con distintos % de cobertura por Rp, se debera validar por separado. Se debera fotocopiar la receta y validar un Rp con el % Autorizado con la copia y el otro Rp con la receta original.		
EL PLAN ESTARA VIGENTE HASTA AVISO DE BAJA POR PARTE DE LA OBRA SOCIAL		
DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO		
✧ Credencial, Documento de Identidad y Receta.		
RECETARIO		
TIPO:	TODO TIPO DE RECETARIO	
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		
✧ Matricula, firma y sello medico		
✧ 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, Forma Farmacéutica y cantidad de c/u en números y letra.		
✧ Fecha de Prescripción (N.º Arábigos 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 RECETA:	Hasta 2 (DOS) envases	
POR RENGLÓN:	Hasta 2 (DOS) envases	
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS:	1 (Uno)	
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS:	Hasta 5 (CINCO) por receta	
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

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.

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.

✧ Fecha de Venta.

✧ Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairós), 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, teléfono y documento (La ausencia de estos datos es motivo de débito).

✧ Consignar los importes: Total, A CARGO de O.S.P.F.E.S.I.Q.Y.P ,y A CARGO Afiliado.

✧ Adjuntar ticket de venta, 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)

La falta del mismo es motivo de Débito

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.

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.

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.

MisValidaciones - Datos de la receta
Farmacia: [REDACTED]
Código: [REDACTED]
Código de validación: 2204633129280
Fecha Validación: 2022/02/15 12:20:14
Afiliado: DIAZ RIBERO OLGA HAYDEE
Nro: 175842
Fecha Nacimiento: 1966-08-09
Sexo: Femenino
Documento: 17951966
Nro. receta: 242177 Fecha receta: 2022-02-01
Médico: GUADAS CLAUDIA MARIOLA N° 88804



Producto	Presentacion	Laboratorio	Cantidad	Prunitario	Importe	% coh.	Imp.Coh.	A cargo pac.
T4 MONTPELLIER 100	100 mcg comp.p. 50	Montpellier	2	\$1.517,78	\$3.035,56	70.00%	\$2.124,90	\$910,66
			2		\$3.035,56		\$2.124,90	\$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 a través MisValidaciones

- ⚙ Todas las recetas de O.S.P.F.E.SI.Q.Y.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.



- ⚙ ¿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.

PRESENTACIÓN DE RECETAS 25 AL 30

Farmacias Colegiadas o nucleadas por entidad: Las recetas deberán ser remitidas a FARM+ - Cerrito 146 3º PISO – C1010 - C.A.B.A. del 25 AL 30 de cada mes.

Contratación Directa: deberán ser remitidas a FARM+ - Cerrito 146 3º PISO – C1010 - C.A.B.A. del 25 al 30 de cada mes.

**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.F.E.SI.Q.Y.P

DIRECCION: AV. PAVON 3708

CUIT : 30-71170394-9

COD.RENOS O.S : 1-2800-3

TEL: (011) 4921-4321 / 4921-6795 / 4921-6422

EMAIL : autorizaciones@ospfesiqyp.com.ar

