

Instructivo General de Farmacias

Instructivo 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 o PMI (puede estar como sello – pre impresa o escrita en forma manual 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" o PMI (puede estar como sello – pre impresa o escrita en forma manual)
- 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.
- Los medicamentos que no se encuentren en el Vademecum de PMI, deberán validarse con el plan AUTORIZACIONES para poder cumplir con el descuento autorizado por la obra socialp

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 1 (una) entrega 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.

NORMATIVA RECETARIO PATOLOGIAS CRONICAS

El afiliado se presenta con la receta de patología crónicas + copia del recetario en el dorso de papel carbónico + 5 fotocopias de la receta completa y debe entregar todo a la fcia, es decir, corresponde que el afiliado saque 5 copias de la receta completa (LO ÚNICO CON LO QUE SE QUEDA EL AFILIADO, ES CON LA TIRITA QUE DICE “CUPÓN PARA EL PACIENTE”

La fcia en la primer entrega completa el CUPON 1 y **recorta desde la prescripción del médico hasta el cupon 1** que es lo que debe enviar a la mandataria para que se le audite (OJO: el recorte solo debe ser en la receta original, nunca en el carbónico ya que este sirve como comprobante para la fcia en caso de que los afiliados le reclamen meses que ya retiraron)

ejemplo

Para las siguientes entregas, la fcia debe completar el cupón correspondiente al mes, CORTARLO y adjuntarlo a una de las fotocopias de las recetas que el afiliado le dejó. **RECORDAR QUE SIEMPRE DEBEN ENVIAR LOS CUPONES EN ORIGINAL.**

Todas las recetas deben ser validadas como AMBULATORIO, salvo los casos en donde el afiliado además de la receta presente una autorización, en cuyo caso deberá ser validada como AUTORIZACIONES, DONDE DEBEN PONER EL NUMERO DE RECETA, COLOQUEN EL NUMERO DE CUPON, DE ESTA MANERA ES MAS SENCILLO HACER EL SEGUIMIENTO DEL MISMO

A tener en cuenta: El validador puede tomar como máximo hasta 2 unidades por medicamento y hasta 2 RP por receta en el plan ambulatorio, en caso de tener más de 2 RP distintos deben realizarse dos validaciones, y en caso que le indiquen más de 2 unidades por medicamento, es necesario que tenga la autorización.

En caso de que el paciente solicite más de 1 (una) entrega en forma simultánea, la receta deberá estar previamente autorizada para ello por OSDEPYM

*** 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)

NORMATIVA RECETARIO APTO – PROGRAMA ANTICONCEPTIVO (VIGENCIA DESDE 28/10/2022)

Las órdenes que se emitan a través del sistema APTO que contenga la leyenda **PROGRAMA ACO INICIAL** o **PROGRAMA ACO CRONICO NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA**.

Son al 100% y no necesitan firma autorizante o ningún trámite administrativo previo al retiro por parte de los afiliados, **la presentación de la sola receta es válida**.

Deberán validarse con el plan **AUTORIZACIONES y el descuento 100 %**

Estos recetarios son válidos que contengan la firma y el sello del médico en formato digital

	Apto Soporte SOPORTE TÉCNICO - 0	
---	---	---

Apellido y Nombre: Ornella Barberi
Obra Social: OSDEPYM - Afiliado Nro: 27321736942/00 - Plan: PYME
PERSONAL
DNI: 32173694

- DROSPIRENONA ETINILESTRADIOL, COMP.REC.X 28

Diagnóstico Presuntivo: ACO

Observaciones/Indicaciones: **PROGRAMA ACO INICIAL**

Urgencia	☐
Domicilio	☐
Tratamiento Prolongado	☐

Firma: 

Apto Soporte
MN: -

Fecha de Emisión: 30/09/2022
Emergencia COVID-19

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 nº 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 (Deberán validarse seleccionando la opción de tratamiento prolongado)
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 de menor valor, 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:

► 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)				
AGUIRRE MABEL	CANSINOS SANDRA	GARCIA GERMAN	MOREAU FRANCISCO	RUPPEL NICOLAS
ALCARAZ MARIELA	CARBALLO MARIA	GODOY LAURA	MORRALES MARIA JOSE	SARACENO MARINA
ALCARAZ MAXIMILIANO	CORDAVA CINTHIA	GOLAN ALEJANDRO	NIEVAS VICTORIA	SCHUNK ALEJANDRA
ALCHIRUTH JESSICA	CUELLO PAMELA	GOMEZ CECILIA	OLIVIA DIEGO	SOLIS DANIELA
AMARIALLA SOFIA	D'ANGELO ORNELA	GOMEZ PAOLA	PACHAO MELINA	SOSA JESICA
BARBERI ORNELLA	DIAZ ROMINA	JAUREGUI FRANCO	PANIAUA PATRICIO	TELLO ERICA
BASILE NATALIA	DR. TRIANTAFILO HARRY	JUNTO MYRIAM	PERALTA ELIZABETH	VITTETA NATALIA
BUSTAMANTE LUCIO	DURAN VANESA	KIEFFER ERIC	PERRONE SABRINA	YOPOLLO YANINA
CAMPOS ALEJUANDRA	DURAN VANESA	LOPEZ BLASCO SOL	RODRIGUEZ MAITE	ZALDUENDO PABLO
CAMPOS JULIA	ESSES AILEN	LUCCI GIANNINA	RODRIGUEZ STEFANIA	ZARATE IVANA
	GAMBIN SONIA	MANSILLA VANESA	ROJAS SEBASTIAN	

Autorizaciones de Auditoria 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:

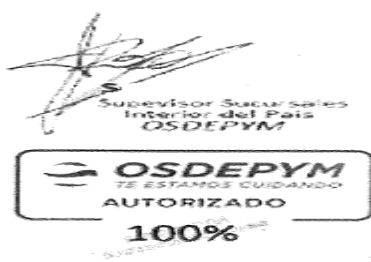
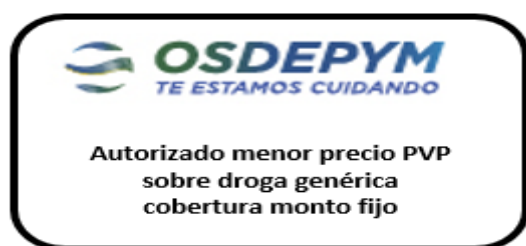


En el caso de interior del país, son válidas las autorizaciones que indiquen “Auditoría Médica OSDEPYM.”
Atención: NO confundir con el listado de autorizantes del Centro de Atención al Beneficiario que figuran en el punto anterior

Toda receta que no esté validada o denunciada, será causal de rechazo

Modelo de Autorizacion de Osdepym Modelo de Autorizacion de Osdepym

- En caso de que la autorización no aclare el descuento, se aplica el del plan del afiliado
- En caso de corresponder Monto Fijo (MF), el porcentaje se calcula haciendo $(MF/PVP)*100$



NORMATIVA AUTORIZACIONES POR MONTO FIJO Y SUPERA TOPES

Los medicamentos cuyo **PRECIO DE VENTA AL PUBLICO (PVP)** superen el monto máximo establecido por la obra social, la farmacia deberá buscar reemplazo y **SIEMPRE DEBEN ENTREGAR LA MARCA MAS BARATA**. El producto sustituto debe siempre respetar el nombre genérico, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades de la prescripción del profesional médico u odontológico (Se entiende como similar cantidad de unidades a la presentación que tenga una variación del +/- 25 % en el número de unidades (redondeado)).

Las autorizaciones emitidas por la obra social son siempre sobre la droga genérica, nunca por marca comercial, salvo que este especificada en la misma autorización

Normas en cuenta a la validación:

1. Cuando el PVP del medicamento sea inferior a \$ 12500, se validara por el plan Ambulatorio
2. Cuando el PVP del medicamento oscile entre \$ 12501 y \$ 25000, deberá estar Autorizado por la obra social y se validara por el plan Autorizaciones.

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)				
AGUIRRE MABEL	CANSINOS SANDRA	GARCIA GERMAN	MOREAU FRANCISCO	RUPPEL NICOLAS
ALCARAZ MARIELA	CARBALLO MARIA	GODOY LAURA	MORRALES MARIA JOSE	SARACENO MARINA
ALCARAZ MAXIMILIANO	CORDAVA CINTHIA	GOLAN ALEJANDRO	NIEVAS VICTORIA	SCHUNK ALEJANDRA
ALCHIRUTH JESSICA	CUELLO PAMELA	GOMEZ CECILIA	OLIVIA DIEGO	SOLIS DANIELA
AMARIALLA SOFIA	D'ANGELO ORNELA	GOMEZ PAOLA	PACHAO MELINA	SOSA JESICA
BARBERI ORNELLA	DIAZ ROMINA	JAUREGUI FRANCO	PANIAUA PATRICIO	TELLO ERICA
BASILE NATALIA	DR. TRIANTAFILO HARRY	JUNTO MYRIAM	PERALTA ELIZABETH	VITTETA NATALIA
BUSTAMANTE LUCIO	DURAN VANESA	KIEFFER ERIC	PERRONE SABRINA	YOPOLO YANINA
CAMPOS ALEJUANDRA	DURAN VANESA	LOPEZ BLASCO SOL	RODRIGUEZ MAITE	ZALDUENDO PABLO
CAMPOS JULIA	ESSES AILEN	LUCCI GIANNINA	RODRIGUEZ STEFANIA	ZARATE IVANA
	GAMBIN SONIA	MANSILLA VANESA	ROJAS SEBASTIAN	

3. Cuando el PVP del medicamento supera los \$ 25001, **deberá estar autorizado por la obra social**. El Validador no permite reconocerlos, por tal motivo se solicita que dichas recetas sean **"DENUNCIADAS"** a GMS en el momento que se dispensen.

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

Myriam Justo	Dr. Harry Triantafilo
Natalia Basile	Sebastián Rojas
Ornella Barberi	Sol López Blasco
Pablo Zalduendo	

Si los afiliados requieren una marca específica que supere los topes establecidos, el mismo deberá presentar un justificativo a la obra social indicando el motivo por el cual debe ser esa marca cuya cobertura será de monto fijo

NORMATIVA RESPECTO DE LAS AUTORIZACIONES DE 120 DIAS (Entrega con stock propio de farmacia)

A partir del 01/12/2022 - Las autorizaciones tienen vigencia desde la fecha de autorizado 120 días, con una validez de 10 días para cada fecha de entrega, deben validarse al 100 % salvo que la autorización aclare otro descuento y no hará falta que las recetas estén autorizadas o tengan sello de validez por parte de la obra social

La medicación relacionada a Diabetes, ya sea **Insulinas, Tiras reactivas, Lancetas, Aguja y Glucómetros**, corresponde que se entregue mediante la **modalidad de droguería**, por lo cual **NO se podría entregar por stock propio de la farmacia**, para esto es necesario que el afiliado consulte en la Obra social la farmacia en la cual le corresponde retirar dicha medicación.

Referente a Hipoglucemiantes Orales como por ejemplo la Metformina ó vidagliptin+metformina, etc; lo puede entregar cualquier farmacia, el afiliado se acerca con la receta (con ó sin sellar por la obra social) y con la hoja de autorización

Las autorizaciones vienen por 4 meses. En éstos casos corresponde que el afiliado saque copia tanto de la receta como de la autorización y en la primera entrega el afiliado entregará la receta y autorización en original y en los meses subsiguientes las copias, que no hará falta que estén autorizadas o tengan sello de validez por parte de la obra social. La misma entonces, Se debe validar por autorizaciones y al 100%.

Entonces, para confirmar, **los hipoglucemiantes se pueden retirar en cualquier farmacia, y las tiras u otro producto de diabetes como los indicados más arriba, corresponde que el afiliado consulte en la Obra Social como proceder**

Existen dos opciones: Siempre tratándose de los HIPOGLUCEMIENTES

1. Que el afiliado retire todo el pedido cuatrimestral en una única vez
2. Que el afiliado vaya mes a mes a realizar el retiro, en este caso a partir de las fechas de retiro se contarán **10 días para confirmar la entrega, de lo contrario pierde el consumo de ese mes**
VIGENCIA DESDE LA FECHA DE AUTORIZADO (El cumplimiento de los 120 días es el límite para retiro. Pasada la fecha, las farmacias no pueden dispensar)

		Autorizaciones		EMPAQUE DE DIABETES REQUIERE VALIDACIÓN ONLINE	
Autorización N° 1621340		N° 1621340			
Autorización N° 1621340		Fecha Autorizado: 07/12/2021		Fecha Recibido: 07/12/2021	
Estado: A - Abierta		Episodio:		Recibido Por: mgarcia	
DATOS AFILIADO					
Cod. Titular: ---		Apellido y Nombre:		DU : 01 OSDEPYM	
Edad: 63,9		Condición: O		Plan: P800	
		Grupo: PYME		Modo Ingreso:	
		Sector:			
DATOS DEL MEDICO PRESCRIPTOR			DATOS PRESTADOR		
MONICA GARDEÑES Matrícula			Ape. y Nombre:		
Duración tratamiento: 120 días			Prestador de cartilla, Prestador de cartilla		
Código	Detalle	Dosis Diaria	Desc. Autoriz.	Estado	Fecha Serv. Válido Hasta
B4938755	metformina	1000 MG COMP.REC.X	2	Autorizado	07/12/2021
	60				
	Cajas totales a retirar: 4				
	Fechas de retiro: 07/12/2021 - 04/01/2022 - 03/02/2022 - 05/03/2022				

AL MOMENTO DE REALIZAR LA VALIDACION, DONDE DEBEN PONER EL NUMERO DE RECETA, CUANDO SE TRATE DE ESTOS RECETARIOS, COLOQUEN EL NUMERO DE AUTORIZACION, DE ESTA MANERA ES MAS SENCILLO HACER EL SEGUIMIENTO DEL MISMO.

PARA LA 1RA. ENTREGA SE VALIDARA COMO FECHA DE PRESCRIPCION LA DEL MEDICO Y PARA LAS SUBSIGUIENTES SE COLOCARA LA MISMA FECHA DE DISPENSA (ES DECIR, LA DEL DIA QUE SE ENTREGA LA MEDICACION)

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.

En caso de tener dos RP de la misma marca comercial, al momento de validar las recetas, deberán seleccionar la opción de TRATAMIENTO PROLONGADO (No es obligatorio que lo diga la receta)

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:

PRELIQUIDACION WEB: Opción de optar por generar la preliquidación de manera mensual o colocando un rango de fecha

En caso de querer generar una PLW hasta una fecha determinada, el sistema permitirá colocar la fecha HASTA

1. Al momento de crear la PLW, el sistema genera un aviso en donde permite colocar el parametro de fecha

Periodos Generados	A cargo Bonificado
Procesada por mandataria 202110 199763 19 33189.09	18395.32
Procesada por mandataria 202109 198728 16 30257.18	15301.79
Procesada por mandataria 202108 197494 12 30819.57	20697.98
Cerrada 202107 196696 33 6072.68	34259.4
Procesada por mandataria 202106 194704 7 16496.06	9743.86
Procesada por mandataria 202105 193968 7 16767.31	12168.31
Procesada por mandataria 202103 192428 7 11741.96	5891.85

Atención!

¿Deséa ingresar manualmente la FECHA HASTA de la Pre-liquidación? Si hace click en NO el sistema calculará esta fecha automáticamente

NO

SI

2. Al seleccionar el boton SI, se abra un campo donde se podra colocar la fecha HASTA

Especificar Fecha

Fecha Hasta

dd/mm/aaaa

Aceptar
Cancelar

Ej. Se creó la PLW 202202
Se puso Fecha hasta 17/02/2022

Hola,

Usuario:
Salir

Consultas
Documentación Farmacias
Preliquidación
Preliquidación Web
Validador

PreLiquidación

Nro. PreLiquidación	Código Farmacia	Nombre
Periodo Liquidado 202202	Fecha Generación 18/02/2022 09:17:12	Cantidad de Recetas 32
Total Bruto 74249.22	Total a cargo O.S. 46271.75	Total a cargo O.S. Bonif. 35134.37
Fecha Desde 17/01/2022	Fecha Hasta 17/02/2022	Cantidad Exclusiones 0

Abierta

Detalles de la PreLiquidación

Plan	Descuento	Recetas	Bruto	A cargo O. S.	A cargo Bonificado
OSDEPYM	Ambulatorio	23	46873.72	22729.48	15698.42
OSDEPYM	Ambulatorio (Exc.)	3	6207.87	3158.86	2227.68
OSDEPYM	Autorizaciones	6	21167.63	20383.41	17208.27

Ver Exclusiones
Ver Exclusiones Eliminadas
Imp. Preliminar
Cerrar Preliq.
Anular Preliq.

Se generara la PLW hasta el rango solicitado y en la siguiente PLW mensual, es sistema al momento de crearla recuperara todas las recetas validadas que no hayan ingresado en la PLW del periodo anterior

Ej. PLW 202202 --- fecha HASTA 17/02/2022

PLW 202203 --- fecha automática que recupera el sistema desde el 18/02/2022 hasta la nueva fecha seleccionada por el operario

(En caso de querer generar de manera mensual solo deberán seleccionar el botón NO)

Atención!

¿Deséa ingresar manualmente la FECHA HASTA de la Pre-liquidación? Si hace click en NO el sistema calculará esta fecha automáticamente

NO

SI

IMPRESIÓN DE TOTALIZADOR DE LA PLW

Una vez generada, controlada y cerrada la PLW el sistema permitirá imprimir la pantalla de inicio donde figura el totalizador de los planes, el cual deberán presentar tres copias a la mandataria (dos para la mandataria y una para la fcia en caso de requerir copia firmada)

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
- 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	
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
42	FALTA INDICAR GENERICO	

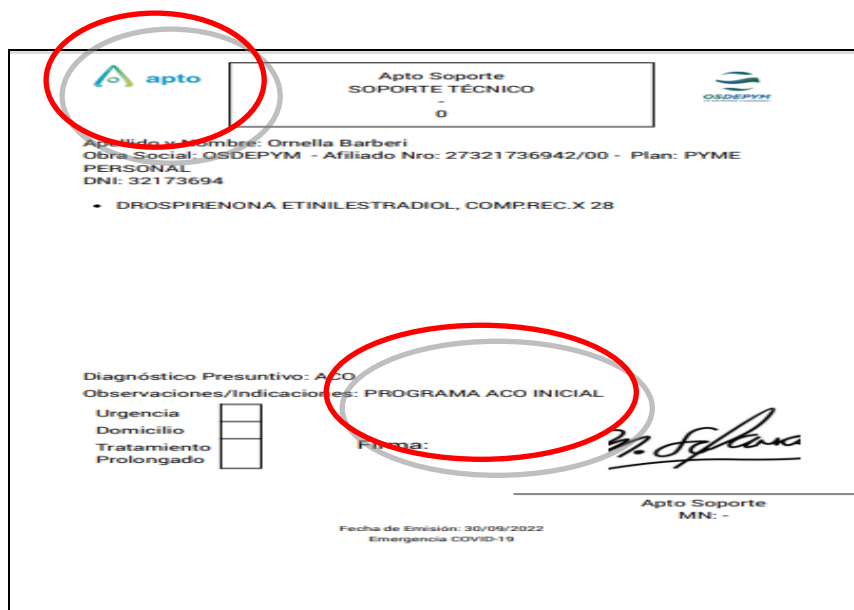
43	SUSTITUCION NO AVALADA	
44	EXCEDE CANTIDAD PREESCRITA RP	AJUSTE
45	MAL FACTURADO	
46	VENCIDO EL PLAZO PARA REFACTURAR	RECHAZO
47	ENMIENDA NO SALVADA POR AL FARMACIA	
48	ENMIENDA NO SALVADA BENEF/ OBRA SOCIAL	
50	MEDICAMENTO FUERA DE VADEMECUM	RECHAZO
53	DISTINTA LETRA O TINTA DEL PERSONAL FARMACEUTICO	
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
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	PONENCIA 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	RECHAZO
135	RECETA NO CORRESPONDE AL CUPON	
136	ENTREGA / CUPON EXCEDE PLAZO 180 DIAS	RECHAZO
137	FALTA LEYENDA "RECETA DE EMERGENCIA COVID -19"	
138	ENTREGA EXCEDE PLAZO 120 DIAS	RECHAZO

MODELOS DE RECETARIO

Aclaración: La firma digital del médico es válida solo en los modelos de recetas APTOS

NUEVO MODELO: VIGENCIA DESDE 28/10/2022



Logo APTOS y OSDEPYP. Título: Apto Soporte SOPORTE TÉCNICO 0.

Aptido y Nombre: Ornella Barberi
Obra Social: OSDEPYP - Afiliado Nro: 27321736942/00 - Plan: PYME PERSONAL
DNI: 321 73694

• DROSPIRENONA ETINILESTRADIOL, COMPREC.X 28

Diagnóstico Presuntivo: ACO
Observaciones/Indicaciones: PROGRAMA ACO INICIAL

Urgencia ☐
Domicilio ☐
Tratamiento Prolongado ☐

Firma: *[Firma manuscrita]*

Apto Soporte MN: -
Fecha de Emisión: 30/09/2022
Emergencia COVID-19

NUEVO MODELO: VIGENCIA DESDE 23/08/2022

NOTA: FIRMA Y SELLO DEL MEDICO DEBEN SER DE PUÑO Y LETRA, NO DIGITAL



Logo OSDEPYP. Título: Prescripción Electrónica

DUPLICADO RECETA DE EMERGENCIA COVID-19

Paciente: GANSO, Luciano Daniel
Obra Social: OSDEPYP [PERSONAL]
Afiliado Nro.: 2034209673600 DNI: 34209673

Rp./

Monodroga: IBUPROFENO Cantidad: 1 (Uno) Env.
Nombre Comercial: IBUPROFENO FECOFAR 400 MG COMP.X 20
Dx: POLIARTRALGIA

Monodroga: DICLOFENAC SódICO Cantidad: 1 (Uno) Env.
Nombre Comercial: DICLOFENAC SODICO 75 MG A.X 100 X 3 ML
Dx: POLIARTRALGIA

Fecha: 23/08/2022 Firma: _____

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 5932		 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	
		Cant. Envases		Total de Item		Descuento %	
		Nº					
		Letras					
		Nº					
		Letras					
710				Total Receta \$		Tipo y Nº de Documento	
Código Prestador	Código Med. Referente			A cargo Afiliado \$		Firma Afiliado o Tercero	
/ /	Sello Establecimiento	Sello y firma del Profesional					
Fecha							



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

RP/

Reconquista 458 2º Piso (C1003ABJ) Capital Federal. Tel.: 5288-5600

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



OSDEPYM
La Obra Social Empresaria

Sistema de Protocolos de Medicamentos para pacientes con Patologías Crónicas y Tratamientos Prolongados

Complete por el Médico

000000

Complete por el Farmacéutico

000000

Complete por el Farmacéutico

000000

Complete por el Farmacéutico

000000

1ª Entrega

CARVEDILOL	ENALAPRIL	PANTOPRAZOL	TOTAL
1			
2			
3			
4			
TOTAL			

NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN RECIBE LOS MEDICAMENTOS: _____

DIRECCIÓN Y C.D. DE QUIEN RECIBE LOS MEDICAMENTOS: _____

TELÉFONO: _____

2ª Entrega

CARVEDILOL	ENALAPRIL	PANTOPRAZOL	TOTAL
1			
2			
3			
4			
TOTAL			

NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN RECIBE LOS MEDICAMENTOS: _____

DIRECCIÓN Y C.D. DE QUIEN RECIBE LOS MEDICAMENTOS: _____

TELÉFONO: _____

3ª Entrega

CARVEDILOL	ENALAPRIL	PANTOPRAZOL	TOTAL
1			
2			
3			
4			
TOTAL			

NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN RECIBE LOS MEDICAMENTOS: _____

DIRECCIÓN Y C.D. DE QUIEN RECIBE LOS MEDICAMENTOS: _____

TELÉFONO: _____

4ª Entrega

CARVEDILOL	ENALAPRIL	PANTOPRAZOL	TOTAL
1			
2			
3			
4			
TOTAL			

NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN RECIBE LOS MEDICAMENTOS: _____

DIRECCIÓN Y C.D. DE QUIEN RECIBE LOS MEDICAMENTOS: _____

TELÉFONO: _____

5ª Entrega

CARVEDILOL	ENALAPRIL	PANTOPRAZOL	TOTAL
1			
2			
3			
4			
TOTAL			

NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN RECIBE LOS MEDICAMENTOS: _____

DIRECCIÓN Y C.D. DE QUIEN RECIBE LOS MEDICAMENTOS: _____

TELÉFONO: _____

6ª Entrega

CARVEDILOL	ENALAPRIL	PANTOPRAZOL	TOTAL
1			
2			
3			
4			
TOTAL			

NOMBRE Y APELLIDO DE QUIEN RECIBE LOS MEDICAMENTOS: _____

DIRECCIÓN Y C.D. DE QUIEN RECIBE LOS MEDICAMENTOS: _____

TELÉFONO: _____



CONSULTORIOS OSPANA
PRESTADOR 36298

Nro. Receta: 00912103020000010

Paciente: OSCAR MARTIN

Fecha Nac.: 02/02/21

DNI: 45454545

Nro. Afiliado: 45454545

Convenio: OSDEPYM

Rp/

1 (uno) CARVEDILOL 25 MG COMPRIMIDOS x 30

1 (uno) ENALAPRIL 5 MG COMPRIMIDOS x 60

1 (uno) PANTOPRAZOL 20 MG COMPRIMIDOS x 30

Dr. FACUNDO M. PELLICARI
Esp. Medicina General y Familiar
M.N. 145.239

[Firma]

Dr. FACUNDO M. PELLICARI
Esp. Medicina General y Familiar
M.N. 145.239

[Firma]

Diagnóstico: HIPERTENSION ESENCIAL PRIMARIA

PELLICARI, FACUNDO MARTIN

Fecha: 02/02/21

M.N.: 145239

Dirección: VENEZUELA - 1146, CIUDAD AUTONOMA BUENOS AIRES, CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES



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 202.....

DIA	MES	AÑO

REFACTURACIONES (marcar con X)	
REFACTURACION	

PLAN	
AMBULATORIO	

GMS: Consultores