

**(20/10/2022)****VALIDACIÓN ON LINE**

Todas las recetas, deberán llevar autorización On line. Para lo cual se ingresa el número de afiliado completo, sin guiones.

Para obtener la autorización On Line, se deberá seguir el instructivo correspondiente (Guías de Validación de Cía. de Servicios Farmacéuticos).

**PLANES Y DESCUENTOS**

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manual Fco.
Plan Ambulatorio (Básico)	40%	60%	SI (2)	NO
Plan Ambulatorio (Básico+ y PSO 600)	40%	60%	SI (3)	NO
Plan Ambulatorio (Interior - PSO 700 - PSO 800 - PSO DOR 800 - PSO JOVEN 800 - PSO JOVEN 800 UNIV.	50%	50%	SI (3)	NO
CRÓNICOS, DIABETES y ANTICONCEPTIVOS (4)	70% 100%	30% 0%	SI	NO
PLAN MATERNO INFANTIL (1)	100%	0%	NO	SI

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- (2) Formulario terapéutico BAJO de la Obra Social.
- (3) Formulario terapéutico ALTO de la Obra Social
- (4) El afiliado debe estar empadronado previamente. Validación on line obligatoria.

**RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL**

PRESCRIPCIÓN Por nombre	DIAGNOSTICO	RECETA	VALIDACIÓN - DEZ REC.	TROQUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENÉRICO	NO	PARTICULAR (A - B - D)	30 días	SI (C)	Sello: SI Manuscrito: NO

- A) La receta deberá llevar de puño y letra del médico:
  - A-1) Nombre de la Entidad
  - A-2) Nombre y apellido del paciente
  - A-3) Número de afiliado
  - A-4) Medicamentos recetados por principio activo indicando una marca sugerida, incluida en el Vademécum.
  - A-5) Cantidad de cada medicamento.
  - A-6) Firma y sello con número de matrícula y aclaración.
  - A-7) Fecha de prescripción.
- B) Debe incluir membrete impreso del médico o de Centros de Atención, Instituciones, Emergencias, Sanatorios u Hospitales.  
No se aceptarán recetarios SIN MEMBRETE (por ej: recetarios en blanco, de publicidad de medicamentos, etc).
- C) Deben adherirse en el orden en que fueron prescriptos con goma de pegar. No abrochadora. No cinta.

Se deberá colocar la sigla "S/T" si no tuviese troquel. En el caso de leches pegar código de barra desplegable, si no tuviera dejarlo aclarado expresamente y copiar código de barra del envase entregado.

Deben estar en perfecto estado, sin diferencias en tamaño del troquel para un mismo producto, y sin impresiones ni sellos de cualquier tipo de leyendas.

- D) Adjuntar **ticket fiscal**, documento no fiscal Homologado, o Facturas A, B o C.

**MEDICAMENTOS POR RECETAS**

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	2 (a - b)
--	--------------

- a) NO se cuentan repetidos.
- b) Hasta uno grande y uno chico

**UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO**

TAMAÑO (a)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	1
SUBSIGUIENTE AL CHICO	1
GRANDE (3° TAMAÑO o más)	1
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	1

- (a) Cuando el médico solo prescribe "grande" se entrega la presentación siguiente a la menor.

Si indica la palabra "grande" y la leyenda "tratamiento prolongado", se entregará el tercer tamaño.

Si equivoca la cantidad y/o contenido, se entrega el tamaño inmediato inferior al indicado.

**PRODUCTOS NO RECONOCIDOS**

- a) Medicamentos excluidos del vademécum de OSJERA.

**PRODUCTOS RECONOCIDOS**

- a) Medicamentos incluidos en vademécum de OSJERA.
- b) Leches afiliados empadronados. Hasta 4 kg por receta de Leche Medicamentosa, durante los tres primeros meses de vida.

**LEY DE GENÉRICOS**

- a) Si se prescribe por nombre genérico (monodroga) se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescrita, en la concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada, incluido en el vademecum.

**ENMIENDAS**

- a) Todas las enmiendas y/o correcciones que se hagan en el sector de la receta destinado a la farmacia, deberán ser salvadas y el afiliado deberá firmar y aclarar su firma, avalando dicha salvedad.
- b) Toda enmienda y/o corrección hecha en la prescripción deberá ser salvada por el médico tratante bajo leyenda: "Digo .....(lo enmendado)" firmando y sellando el médico nuevamente.

Por ninguna razón se aceptará, con cargos a las entidades, recetas con enmiendas, raspaduras o agregados con distinta lapicera, sino están salvados expresamente por el profesional prescribiente.

**(20/10/2022)**

**Nº DE AFILIADO ILEGIBLE O INCOMPLETO**

Cuando en una receta el número de beneficiario sea **poco legible o se encuentre incompleto**, la farmacia debe **repetirlo al dorso**, en forma clara y correcta, indicando junto al número consignado por el médico la frase "ver al dorso". El beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad.

Si en la receta figura el número de DNI en lugar del número de afiliado, la farmacia puede transcribir el mismo.

**AFILIACIÓN**

Se acredita con Credencial.

**PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS**

Se pueden presentar hasta 60 DIAS de la fecha de dispensación.

**PRESENTACIÓN DE LAS RECETAS**

En un mismo resumen de Facturación debe figurar **INDISPENSABLEMENTE**:

- Plan MIXTO VALIDACIÓN incluye las recetas validadas electrónicamente
- Plan MIXTO MANUAL incluye las recetas autorizadas y no validadas on line. Por las que se generó una DDM (Declaración de Dispensa Manual)

**LISTADO DE AUTORIZANTES**

Las únicas personas que podrán efectuar autorizaciones son:

- ARBORIO, OMAR
- FADEL, MARÍA SOLEDAD
- SÁEZ, NORA
- SALGUEIRO, MIGUEL

**CREDENCIALES**



**CREDENCIAL PROVISORIA**

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL JERARQUICO DE LA REPUBLICA ARGENTINA

APELLIDO/S

NOMBRE/S

Nº BENEFICIARIO PLAN

DTO. FARMACIA COPAGO D.N.I.

%

FECHA DE ALTA FECHA DE VENCIMIENTO

/ / / /

La obra social que jerarquiza tu salud

APELLIDO/S

NOMBRE/S

Nº BENEFICIARIO PLAN

DTO. FARMACIA D.N.I.

%

FECHA DE ALTA COPAGO

/ / / /

**(20/10/2022)**

**CRENCIAL DIGITAL VÁLIDA**



Número de afiliado a ingresar para validación / declaración.

NO debe ingresarse el código de seguridad.