amasalud	**OSSACRA** **Obra Social del Sindicato de Amas de Casa de la Republica Argentina**	FACAF FEDERACIÓN ARGENTINA DE CÁMARAS DE FARMACIAS PRESENTE EN TODO EL PAÍS

NORMA OPERATIVA - 1/03/2023

1. DESCUENTOS A CARGO DE OSSACRA

PLAN	COBERTURA
Ambulatorio	40%
Plan Materno	100%
Plan Infantil	100%
Cronicidad	70-100%

El descuento se realiza a los afiliados vigentes en la Obra Social según validación on line. Si la receta fuera rechazada por afiliado inexistente, afiliado no válido, o el producto no fuera autorizado por el sistema de validación, el mismo deberá concurrir a la Obra Social para regularizar su situación.

2. DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

Credencial según modelo adjunto, Documento de Identidad y Receta

3. PLAN MATERNO INFANTIL

Mujeres Embarazadas: Hasta un mes despues del parto:	☼ 100% Para todos los productos incluidos en el vademécum PM, según validacion on line ☼ Fuera del Vademécum PM rigen los descuentos habituales 40% para todos los productos incluidos en el vademécum ambulatorio, según validación on line
Niños Hasta el 1º Año de vida:	☼ Descuento del 100% para todos los productos incluidos en el vademécum ambulatorio en sus presentaciones pediátricas, según validación on line
Leches:	☼ Según validación on line.

4. RECETARIO

TIPO:	Recetario oficial, de médicos particulares, instituciones siempre que contengan membrete. *No se acepta propaganda médica.* De hospitales públicos (nacionales, provinciales o municipales) que cuenten con la identificación pre impresa o sello con los datos del mismo. **Siempre en todos los casos, conteniendo *firma y sello de puño y letra.*** **Únicamente se aceptan recetas originales** **Recetario oficial electrónico** **Únicamente la receta oficial electrónica,** podrá ser presentada por el afiliado a *través de imagen en celular* . La farmacia deberá validar on line ingresando el número de receta, y podrá presentar para la facturación solamente el ticket con los troqueles adjuntos y conformidad de expendio (firma, aclaración, DNI).
VALIDEZ:	**30 (treinta) días** a partir de la fecha de prescripción e incluyendo la misma Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional y con la misma tinta: ☼ Apellido y Nombre del Beneficiario ☼ Denominación de la Obra Social ☼ Número de Beneficiario (Cuando en una receta el Nº de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia debe aclararlo al dorso en forma correcta, indicando junto al Nº consignado por el médico la frase "VER AL DORSO"). ☼ Medicamentos recetados por principio activo (ley 25649), detallando tamaño y cantidad de cada uno con eventual sugerencia de marca comercial ☼ Firma y sello con número de matrícula del profesional.

- Fecha de Prescripción
- Toda correción o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.
- Diagnostico

5. LÍMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES:	2 (dos). De diferentes principios activos
ENVASES POR RENGLON:	lo prescripto por el profesional y aprobado por la validción on line
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS:	Hasta 5 (cinco) por receta
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS:	Hasta 1 (uno) por receta

6. OTRAS ESPECIFICACIONES

Cuando el Médico:		**Deberá Entregarse:**
No especifica cantidades	→	El envase de menor contenido
Sólo indica la palabra grande	→	La presentación siguiente a la menor
Equivoca la cantidad y/o contenido	→	El tamaño inmediato inferior al indicado

7. VALIDACION ON LINE

La validación on line es obligatoria a través de www.imed.com.ar

El número de afiliado es el DNI, por lo tanto para validar las recetas se deberá poner dicho número, anteponiendo tantos ceros como sean necesarios hasta completar los 11 (once) dígitos.

ejemplo: si el DNI es 21.852.479 - se pondrá 00021852479

es de carácter ***obligatorio r*** ealizar los ***cierres de lote y cierres de presentación On Line*** en el sistema IMED.

8. AUTORIZACIONES

Serán válidas las autorizaciones de recetas, **únicamente para producto PAÑALES**, figurando firma y sello de médico auditor habilitado, detallado a continuación:

La autorizacion deberá constar en la receta.

La receta se debe dispensar sin validar, con la Declaración Dispensa Manual correspondiente.

Provincia	Médico/a	Matrícula
CABA, Gran Bs As Córdoba, Mendoza, Catamarca, La Rioja San Luis	Dra. LLado Valeria	36320/4
Corrientes	Dr. Ybarra Candia Andres Marciano	5944
Misiones	Dr. Franco Carlos Anibal	3207
San Juan	Dra.Aguero Laura Ester	2833
Santa Fe	Dr. Lotto Guillermo Andres	10868
Tucumán	Dr. Fernandez Ernesto César	1922

9. 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 Kairos), 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 y documento (la ausencia de estos datos es motivo de débito)

☼ Consignar los importes: Unitarios y Totales, TOTAL GENERAL, A CARGO de OSSACRA, A CARGO Afiliado. Si en el ticket de venta que se adjunta a la receta figuran todos los datos requeridos no será necesario transcribir los mismos a la receta, no obstante tanto la receta como el ticket deberán estar firmados por el afiliado o tercero

☼ Adjuntar copia del ticket de venta a la receta.

10. PRESENTACION

SE DEBE REALIZAR CIERRE DE LOTE Y CIERRE DE PRESENTACIÓN ON LINE Y PRESENTAR LAS CORRESPONDIENTES CARÁTULAS

consultar en página IMED fechas de cierre on line.

El plazo de presentación es **45 días de corrido a partir de la fecha de dispensa** e incluyendo la misma, *sin excepción.*

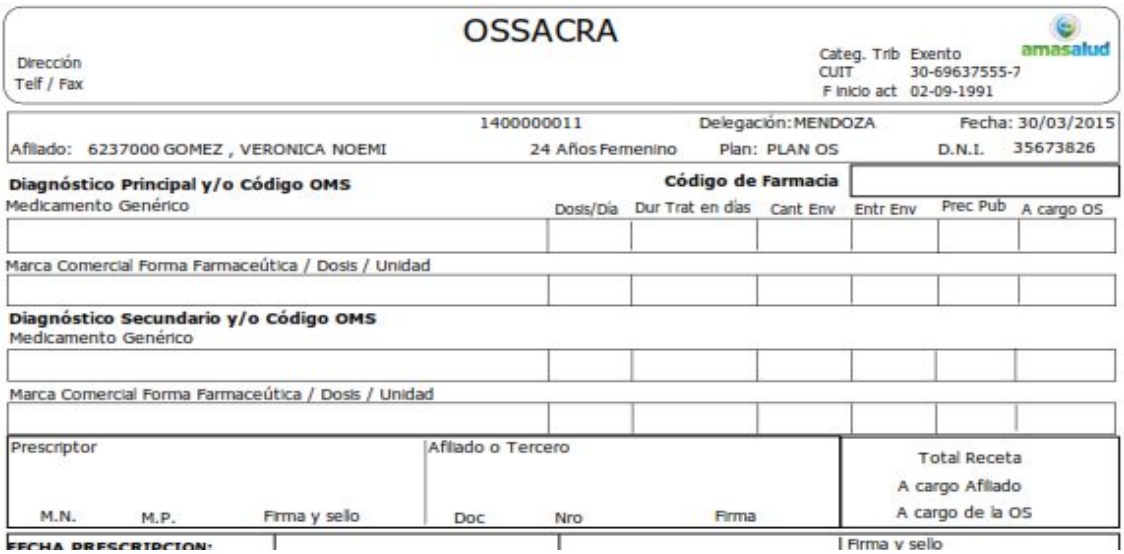
Validez para refacturación: 45 días corridos a partir de haber recibido la liquidación.

RECORDAR QUE LOS DEBITOS NO SON REFACTURABLES, SALVO ERRORES INHERENTES A LA AUDITORIA O CASOS EXCEPCIONALES AUTORIZADOS POR LA OBRA SOCIAL.

IMPORTANTE:

Toda farmacia tiene la obligación de ajustarse en todo ala Resolución 435/11 del Ministerio de salud de la Nación y las demás normas complementarias como las disposiciones 3683/11 y 1831/12 del ANMAT y Resolucion 362/12 de la Superintendencia de Servicios de Salud por las cuales se compreten mediante el hardware y el software adecuado a satisfacer las normativas y artículos que ellas establecen en función de la trazabilidad de los medicamentos.

11. MODELO RECETARIO



OSSACRA

Dirección
Telf / Fax

Categ. Trib Exento
CUIT 30-69637555-7
F inicio act 02-09-1991

1400000011 Delegación: MENDOZA Fecha: 30/03/2015
Afiliado: 6237000 GOMEZ , VERONICA NOEMI 24 Años Femenino Plan: PLAN OS D.N.I. 35673826

Diagnóstico Principal y/o Código OMS **Código de Farmacia**

Medicamento Genérico	Dosis/Día	Dur Trat en días	Cant Env	Entr Env	Prec Pub	A cargo OS
Marca Comercial Forma Farmaceútica / Dosis / Unidad						

Diagnóstico Secundario y/o Código OMS

Medicamento Genérico						
Marca Comercial Forma Farmaceútica / Dosis / Unidad						

Prescriptor: M.N. M.P. Firma y sello

Afiliado o Tercero: Doc Nro Firma

Total Receta
A cargo Afiliado
A cargo de la OS

FECHA PRESCRIPCION: Firma y sello

	Troquel	Troquel	
Troquel	Troquel	Troquel	Certifico entrega de los medicamentos facturados Fecha :

OSSACRA

Dirección Santiago del Estero 333 (5000) Cordoba
Tel / Fax (0351) 4231569

9000000117549
Categ.Trib. Exento
CUIT 30-69637555-7
Inicio Act. 02/09/1991

Número de Receta: 9000000117549 Delegación: UNIDAD EJECUT CO Fecha 20/05/20
Número de Afiliado: 00049213648 - ALEGRE, MILAGROS LUJAN 11 Años Femenino Plan PLAN SOCIAL Ambulatorio
Profesional Prescriptor: FERNANDEZ DIEGO CARLOS Matrícula: MP: 10915
Diagnóstico Angina SPE
Observaciones PRUEBA

Practica Indicada

Nombre Comercial	Droga	Presentación	Cant. Envases
AMOXIDAL PEDIATRICO	AMOXICILINA	ped.500 mg susp.x 120 ml	1

Para la validación on line de la receta digital, se debe ingresar obligatoriamente el número de receta en IMED