

NORMATIVAS OSPM (MOSAISTAS)



Se les informa a todas las farmacias prestadoras que a partir del día 2 de Mayo de 2023 todas las recetas se deberán validar por www.misvalidaciones.com.ar

Planes:

| IDENTIFICACION DE PLAN | DESCUENTO A EFECTUAR | TIPO DE COBERTURA |
|------------------------|----------------------|---|
| O.S.P.M. | 40 % | CON VADEMÉCUM FARM+ / O.S.P.M. |
| CRONICOS 310 | 70 % | AUTORIZADOS CON SELLO OFICIAL Y % DE DESCUENTO. |
| P.M.I. | 100 % | AUTORIZADOS CON SELLO OFICIAL Y % DE DESCUENTO. |

Tipos de Credenciales:

| | Acepta | No acepta |
|------------------------------------|---|------------|
| <u>Credenciales:</u> | Solo credencial oficial. Ver modelo de credenciales al final de la norma | Otras |
| <u>Autorizaciones:</u> | Recetarios con sello oficial de la institución y % de dto. | Otras |
| <u>Tipos de recetarios:</u> | Recetarios oficiales (ver modelo) y recetarios comunes originales. | Fotocopias |
| <u>Psicofármacos:</u> | Recetarios comunes con duplicado en original. | Fotocopias |

CORRECCION DE ENMIENDAS

| | |
|------------------------------------|---|
| En el número o nombre del afiliado | Salvada por la Farmacia |
| En la prescripción | Salvada por el Medico |
| En la Facturación | Salvada con firma del afiliado conforme |

PRESCRIPCION:

- La Receta debe ser Manuscrita por el Profesional, contener sello con nombre y matrícula del profesional, su firma y fecha de emisión manuscrita sin tachaduras o enmiendas.
- En la receta debe constar el **diagnóstico**, la falta del mismo ocasionará el **Débito** correspondiente.
- La Receta debe estar prescrita por Denominación Genérica Internacional (*) (nombre de la monodroga o compuesto), dosis (mg, mcg, MUI), forma farmacéutica (comp., iny, jbe, etc.) y tamaño (50 comp., 120 ml, etc.).
- Validez para la venta: 30 días corridos, a partir de la fecha de emisión e incluyendo la misma.

LIMITES DE PRESCRIPCION POR RECETA GENERALES

| <i>O.S.P.M.</i> | LIMITES MAXIMOS POR RECETA | | | |
|--------------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------------------------|-------------------------|
| PLAN | PRODUCTOS DISTINTOS POR RECETA | UNIDADES POR PRODUCTO | TAMAÑOS POR PRODUCTO | ANTIB INYECT. MONODOSIS |
| AMBULATORIO y CRONICIDAD | 2 | 1 | EL MENOR SALVO INDICACION GRANDE | 5 |
| P.M.I. | 2 | 1 | EL MENOR SALVO INDICACION "GRANDE" | 5 |

Denominación de tamaños según cuadro:

- ✓ Se reconocerán hasta dos (2) productos distintos por receta y hasta uno (1) por renglón.
- ✓ En caso de que no se indicara el tamaño se entregara el de menor tamaño existente, en el caso que el medico indique tamaño grande se entregara el siguiente al menor existente en manual farmacéutico, si el medico indicase tamaño, (ejemplo: 100 comprimidos) se entregara lo requerido por el profesional.
- ✓ En inyectables monodosis se reconocerán hasta una máximo de cinco (5) por receta (La cantidad y dosis del medicamento expendido deben ser coincidentes con lo expresado por el profesional.)

➤ **Requerimientos PMI para la MADRE EMBARAZADA:**

La afiliada deberá presentar el certificado de embarazo donde constara la FUM (Fecha de la última menstruación) y FPP (Fecha probable de parto)

- La denuncia de embarazo la podrán realizar vía fax a la Obra Social o delegación local para cobertura 100% PMI.
- Con autorización de la entidad y prescripción por recetario oficial

➤ **Expendios Subsiguientes PMI MADRE:**

- Con prescripción por recetario oficial o común.
- Cabe aclarar que todo producto que no figure dentro de vademécum vigente, deberá ser autorizado por la institución.

➤ **Requerimientos PMI HIJO:**



El recetario deberá ser oficial de la institución (fecha de vencimiento 1 año después del parto)

➤ **Expendios subsiguientes PMI HIJO:**

- Con prescripción por recetario oficial o común. (fecha de vencimiento 1 año desde su nacimiento).

Modelo de Recetario oficial:

Plan Materno

| | | | | | | |
|---|---------------------|---|-----------|---|---|----------|
| O.S.P.M. <small>Obra Social del Personal Mosaista</small> | | Código Profesional o Institución | RECETA N° | Código Obra Social | 1-1270 | |
| Fecha de Emisión | Número Beneficiario | Cant. | Edad | Fecha de Disp. | Código de Farmacia | Orden |
| 15/09/05 | 1058 | | 11 m | 15/09/05 | | 01 |
| Apellido y Nombre | | Cantidad Recetada | | Cant. Entreg. | Precio Unitario | Importe |
| Miguel Ángel | | N° | Letras | 1 | 17.85 | \$ 17.85 |
| Aclaración | | Aclaración | | | | |
| Aclaración | | Aclaración | | | | |
| DIAGNOSTICO | | Sello Institución | | Certifico Entrega de Los Medicamentos Facturados | | |
| OMA | |  | | FARMACIA LA UNIÓN S.R.L. SAN MARTIN 623- TEL. 4-29295/96/97/98 SAN MIGUEL DE BAHAMAN CUIT. 30-56288643-3 Firma del Farmacéutico | | |
| Sello Institución | | Firma y Sello Profesional | | \$ 17.85 Total de Receta \$ A Cargo Beneficiario \$ 17.85 A Cargo Obra Social | | |
|  | | Rótulo 2 | Rótulo 3 | Rótulo 4 | Firma Conforme Aclaración <i>[Signature]</i> x Poseye nro 2472 x 25687718 | |

Cuando se trate de una receta correspondiente al Plan Materno Infantil (100%) deberá estar aclarado en la misma forma manuscrita o sello de la institución.

LA FACTURACION

- 1 Las recetas deberán contener el troquel por cada unidad expendida (o ST en caso de no existir el mismo en el producto)
- 2 Sello y firma de la farmacia en cada receta
- 3 Detalle de la facturación por receta incluyendo Total en \$ receta, \$ a cargo Afiliado, \$ a cargo O.S. y copia del ticket. (en los casos del interior del país autorizados expresamente se aceptara detalle de facturación manuscrito al dorso).
- 4 Conformidad del afiliado debiendo contener firma, aclaración y N° documento del adquirente ya sea el titular o un tercero.

Coberturas:

Las coberturas tienen validez únicamente de acuerdo al vademécum de productos cubiertos para plan ambulatorio 40 % como para P.M.I. 100 %. En los casos en que los productos no figuren en vademécum, solo tendrá validez si se encuentran autorizados por la institución (O.S.P.M.)

Crónicos:

TIPOS DE RECETARIOS:

- **RECETARIO COMUN Y OFICIAL AUTORIZADO CON SELLO Y % DE DESCUENTO.**
- La Receta debe ser Manuscrita por el Profesional, contener sello con nombre y matrícula del profesional, su firma y fecha de emisión manuscrita sin tachaduras o enmiendas.
- Se aceptará el recetario oficial de la Entidad de acuerdo a modelo.
- Validez para la venta: La receta de Crónicos tiene validez de 30 días corridos desde su prescripción.

Los afiliados retiraran la provisión trimestral en una sola entrega con receta original y copia de la misma autorizada con sello oficial de OSPM y % de cobertura.

- La Receta debe estar prescrita por Denominación Genérica Internacional (nombre de la monodroga o compuesto), dosis (mg, mcg, MUI), forma farmacéutica (comp, iny, jbe, etc) y tamaño (50 comp, 120 ml, etc) las formas farmacéuticas y o tamaños específicos deben ser los indicados estrictamente por la resolución 310/2004.
- Solo poseen cobertura los productos incluidos en el Vademécum de acuerdo a las especificaciones de monto fijo establecidas por la resolución 310/2004 del Ministerio de salud de la Nación, instrumentadas por la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación.

LIMITES DE PRESCRIPCION POR RECETA O.S.P.M. 310

La receta posee dos ítems distintos y deberá efectuarse la cobertura de acuerdo al plan (70 %). La receta es de tratamientos crónicos, y puede alcanzar una prescripción de hasta 3 meses.

La dispensa se realizara en un solo retiro (todo lo autorizado) y para retirar nuevamente el socio deberá realizar nuevamente el proceso. (Realizar otra receta original y autorizarla)

La cantidad y dosis del medicamento expendido deben ser coincidentes con lo expresado por el profesional. En caso de faltar la dosis o ser incorrecta, se expenderá la próxima menor.

LA FACTURACION CRONICOS

- 1 La receta (o fotocopia) deberá contener el troquel por cada unidad expendida.
- 2 Sello de la farmacia y firma del farmacéutico en cada receta sin tapar ningún aspecto de la prescripción y facturación.
- 3 Detalle de la facturación por receta incluyendo Total en \$ receta, \$ a cargo Afiliado, \$ a cargo O.S. y copia del ticket. (en los casos del interior del país autorizados expresamente se aceptara detalle de facturación manuscrito al dorso).
- 4 Conformidad del afiliado debiendo contener firma, aclaración y N° documento del adquirente ya sea el titular o un tercero.
- 5 Las recetas de cronicidad deberán estar autorizadas en todos los casos **CON SELLO ORIGINAL Y % DE DESCUENTO.**

IMPORTANTE: NO SE ACEPTAN FOTOCOPIAS DE RECETAS CON O SIN AUTORIZACION DE ALGUN TIPO DE DESCUENTO, SIN EL ORIGINAL CORRESPONDIENTE.

COMO TAMPOCO SE ACEPTARAN ORIGINALES DONDE SE LE OTORGO ALGUN DESCUENTO ESPECIAL (70% y/o 100%) SIN LA AUTORIZACION CORRESPONDIENTE POR PARTE DE LA AUDITORIA MEDICA DE LA O. SOCIAL MOSAISTA.

FACTURACION DE LA FARMACIA

- 1 Las recetas deben ser recibidas en Farm+, CERRITO 146 PISO 3, CABA del 1º al 5º día hábil de cada mes.
- 2 La Carátula de la presentación debe identificar claramente la Entidad y estarseparadas de las recetas comunes indicando CRONICOS 310
- 3 El orden de las recetas debe ser el de la fecha de venta.

Modelo recetario cronicidad

Nº 0999 **RECETARIO CRONICIDAD PRESCRIPCIÓN PARA 3 MESES** **Nº 99999**

Quirno 89 - Capital Federal - (1406) Resolución 310/04 y 331/04 Ministerio de Salud de la Nación y SSSalud
Tel/Fax: 4619.0208/0210

O.S.P.M.
Obra Social del Personal Mosaista

112707

FORMULARIO DE RECETA CRONICIDAD

| | | | | | | | | |
|---|------------------------|--------------------|------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------|-----------|--------------------|
| FECHA DE INSCRIPCIÓN | NÚMERO DE BENEFICIARIO | CAT | SEXO | EDAD | LOGOJO PROFESIONAL O INSTITUCIÓN | SERIE | RECETA Nº | CODIGO OBRA SOCIAL |
| APELLIDO Y NOMBRES | | UNIDADES | | ANOS LETRA | TECNA DE DISPENSACIÓN | CODIGO DE FARMACIA | | Nº DE ORDEN |
| NOMBRE GENÉRICO Y DOSIS Rp. 1 | | FORMA FARMACÉUTICA | | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | IMPORTE | | OBRA SOCIAL |
| NOMBRE GENÉRICO Y DOSIS Rp. 2 | | FORMA FARMACÉUTICA | | CANTIDAD | | IMPORTE | | OBRA SOCIAL |
| DIAGNOSTICO Rp. 1 | DIAGNOSTICO Rp. 2 | SELO INSTITUCIÓN | | SELO Y ACLARACIÓN FIRMA Y MATRÍCULA | | FIRMA FARMACÉUTICO | | OBRA SOCIAL |
| SUSTITUCIÓN POR FARMACÉUTICO (DE MARCA) | | Rp. 1 | | Rp. 2 | | TOTAL RECEPES | | OBRA SOCIAL |
| FIRMA DEL AFILIADO | | FIRMA PACIENTE | | ACTARACION | | FIRMA FARMACÉUTICO | | OBRA SOCIAL |

HISTORIA CLINICA SIMPLIFICADA

NOMBRE AFILIADO: _____

DIAGNOSTICO: _____

SINTOMAS Y/O SIGNOS RELEVANTES: _____

TIEMPO DE EVOLUCIÓN: _____

¿CAMBIO DE PRESCRIPCIÓN EN PLAN CRONICIDAD? SI NO

NOMBRE GENÉRICO Rp. 1: _____

DOSIS DIARIA: _____

NOMBRE GENÉRICO Rp. 2: _____

DOSIS DIARIA: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

NO INCLUIR EN LISTA DE GRUPO MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA ENFERMEDAD EN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA. INCLUIR EN LISTA DE GRUPO MEDICAMENTOS PARA TRATAR LA ENFERMEDAD EN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y MEDICAMENTOS CON COBERTURA DEL 40% UTILIZÁNDOSE PARA ELLOS LOS RECETARIOS PARTIALES.

Modelo de Credencial Oficial:

 **O.S.P.M.**

Empresa: _____


Documento: _____

Afiliado: _____ **Vto.** _____

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL **mosaista**
R.N.O.S. Insc. 1-1270-7

Group Familiar

Esta tarjeta es personal e intransferible y sólo puede ser utilizada por el titular y grupo familiar, cuyos datos figuran en la misma. Sólo tendrá validez exhibida junto con el último recibo de sueldo.
De hallarse ésta tarjeta rogamos informarlo al 011 4619 0210/0208.
Quirno 89 C.A.B.A.
www.ospmosaista.com.ar Email :administracion@ospmosaista.com.ar
Superintendencia de Servicios de Salud-Órgano de control-
0800-222-salud(72583) www.sssalud.gov.ar

 **mosaista**
R.N.O.S. Insc. 1-1270-7

Percard