

Vigente a partir del 15 de Enero de 2024

ATENCIÓN:

Toda dispensa debe estar validada a través del sistema de www.misvalidaciones.com.ar

1. Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)

PLANES	DESCUENTO	VADEMÉCUM
1.1. Planes: ▪ BÁSICO	40%	BAJO
▪ BÁSICO + ▪ PSO 600	40%	ALTO
1.2. Planes: ▪ INTERIOR ▪ PSO 700 ▪ PSO 800 ▪ PSO DOR 800 ▪ PSO JOVEN 800 ▪ PSO JOVEN 800 UNIV.	50%	ALTO
1.3. CRONICOS	70%	
1.4. Plan Materno Infantil:	100%	
1.5. Autorizaciones Especiales (ver punto 10 y 11)	100%	

2. Habilitación del beneficiario:

2.1. Credencial definitiva y provisoria (según muestras).

2.2. Archivo de Beneficiarios:

- El beneficiario debe figurar habilitado según validación ON LINE

2.3. Documento de Identidad (DNI, LC, LE)

2.4. No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada.

3. Recetario:

3.1. Tipo de recetario:

- De todo tipo (particular o de instituciones)

No se aceptan recetarios sin membrete o de publicidad de medicamentos.

3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:

- Denominación de la entidad (en caso de que el recetario no sea el oficial de la entidad);
- Nombre y apellido del paciente;
- Número de afiliado **indicando el Plan** (*)
- Medicamentos prescritos por principio activo indicando una marca sugerida, incluida en el Vademécum
- Cantidad de cada medicamento
- Firma y sello con número de matrícula y aclaración;
- Fecha de prescripción;

ATENCIÓN: OSJERA no acepta las auto-prescripciones de medicamentos por parte de sus afiliados. Por lo tanto, deberán rechazarse las recetas que presenten esta condición.

() 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". Asimismo en caso de que en la receta figure el DNI en lugar del número de afiliado, la farmacia puede transcribir el mismo.*

El beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad en ambos casos.

4. Validez de la receta:

El día de la prescripción y los **30** días siguientes.

5. Topes de cobertura:

5.1. Límites de cantidades:	Sin Tratamiento Prolongado	
Renglones por receta:	Hasta 2 (dos)	
Envases por renglón:	Hasta 1 (uno) grande y 1 (uno) chico	
5.2. Antibióticos Inyectables:	Presentación	Entregar
	Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	Hasta 5 (cinco)
	Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	El menor número posible de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas. Por ejemplo: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expendirse 3 (tres) envases = 6 (seis) ampollas.
5.3. Psicofármacos:	<ul style="list-style-type: none"> El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia. 	
5.4. Otras especificaciones:	Cuando el médico:	Debe entregarse:
	<ul style="list-style-type: none"> No especifica cantidades Sólo indica la palabra "grande" Equivoca la cantidad y/o contenido 	<ul style="list-style-type: none"> El envase de menor contenido. La presentación siguiente a la menor. El tamaño inmediato inferior al indicado.

6. Plan Materno Infantil:

6.1. Identificación del beneficiario:	<ul style="list-style-type: none"> Credencial Plan Materno Infantil (según muestra) 	
	Identificación en Padrón	Productos Cubiertos
	Madre: Letra "M"	Identificados en el Vademécum en la columna "100% Madre".
	Niño: "N + Fecha de Vencimiento"	<ul style="list-style-type: none"> MEDICAMENTOS: Cobertura al 100% sobre productos incluidos en el Vademécum (Alto o Bajo) de acuerdo al plan de origen del afiliado. LECHES: Cobertura al descuento general del afiliado sobre productos identificados en la columna "LECHES"
	Leches: "L + Fecha de Vencimiento"	Cobertura del 100% sobre productos identificados en el Vademécum en la columna "100% LECHES"
6.2. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> Igual al resto de los planes. No requiere autorización de la Entidad. 	
6.3. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos: Igual al resto de los planes. Leches: <ul style="list-style-type: none"> Afiliados con marca "L" en padrón: Hasta 4 kg. por receta de Leches Medicamentosas, durante los tres primeros meses de vida (se identifica dicho período en el listado de beneficiarios mediante la letra "L"). Afiliados con marca "N" en padrón: Igual al resto de los planes. <p>Atención: En el caso de las Leches deben adjuntarse a la receta tantos códigos de barras como envases dispensados. Si el mismo estuviera preimpreso en el frasco/lata, la farmacia deberá aclararlo expresamente indicando el código de barras y la cantidad correspondiente, junto a la sigla S/T (SIN TROQUEL).</p>	

7. Productos Cubiertos:

Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM de la entidad.

Atención: Las **leches** incluidas en Vademécum **poseen cobertura únicamente para los beneficiarios del Plan Materno Infantil identificados con las letras "L" y "N"** en el padrón de habilitados (punto 6.1).

8. Datos a completar por la farmacia:

8.1. NÚMERO DE TRANSACCIÓN ON LINE. Debe imprimirse el comprobante (cupón) que emite el sistema.

8.2. Fecha de venta;

8.3. Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo.

8.4. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales)

8.5. La farmacia deberá adjuntar cualquiera de los comprobantes de venta detallados:

- Ticket fiscal propiamente dicho.
- Documento no fiscal HOMOLOGADO
- Duplicado o triplicado del ticket fiscal (idéntico al original pero con una leyenda de fondo "NO FISCAL").
- Facturas A, B o C.

8.6. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

8.7. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos;

9.Recomendaciones Especiales:

9.1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente;

9.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

- De acuerdo al orden de la prescripción.
- Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
- Se sugiere adherirlos con goma de pegar (sin utilizar abrochadora o cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).

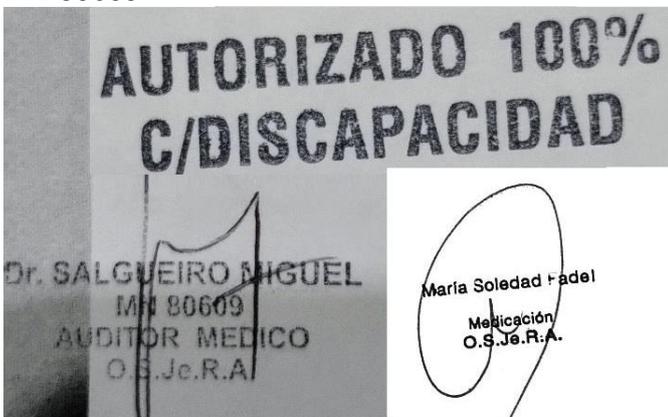
9.3. Los troqueles deberán ajustarse a lo siguiente:

- Encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencias o marcas de sustancias adhesivas).
- Sin signos de desgaste del material en todo o parte del troquel.
- Sin impresiones mediante sellos de cualquier tipo de leyendas legibles o no.
- Sin diferencias en tamaño, grosor y/o color del troquel para un mismo producto, presentación y lote.
- No deberán presentar cualquier otro signo que otorgue carácter dudoso al troquel.

9.4. Las recetas deben presentarse ordenadas según el orden que poseen en el lote de validación.

10.AUTORIZACIONES ESPECIALES:

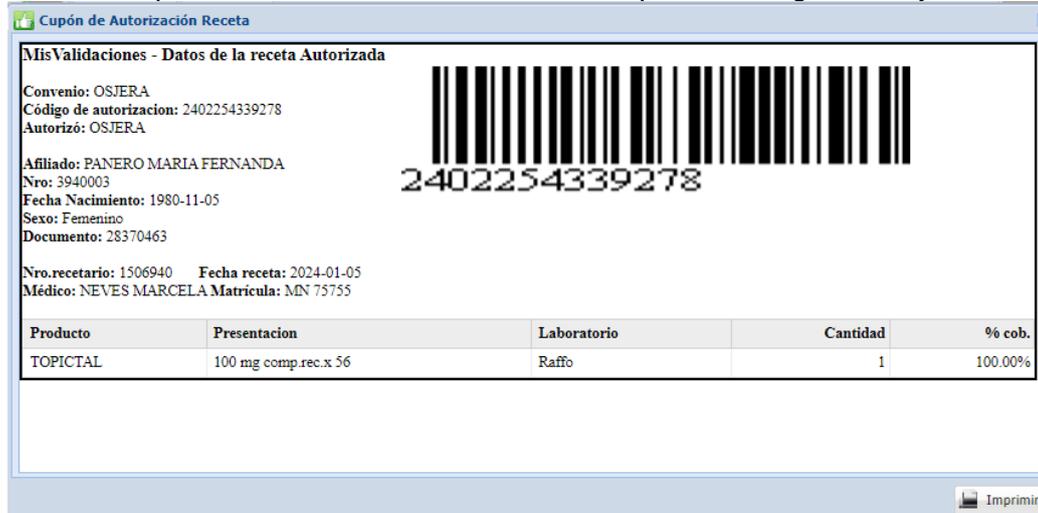
10.1 Las autorizaciones Especiales podrán estar autorizadas manualmente con los siguientes sellos y firmas autorizantes. **Estas firmas pueden ser de Maria Soledad Fadel o el Doctor Miguel Salgueiro MN 80609**



Este tipo de autorizaciones no deberán ser validadas, solo deben verificar que el afiliado se encuentre activo en el padrón. Las recetas se presentaran fuera de lote con caratula manual.

11. Autorizaciones Especiales en Mis Validaciones:

11.1 Este tipo de Autorizaciones serán emitidas por las delegaciones y tendrán el siguiente formato:



Cupón de Autorización Receta

MisValidaciones - Datos de la receta Autorizada

Convenio: OSJERA
Código de autorización: 2402254339278
Autorizó: OSJERA

Afiliado: PANERO MARIA FERNANDA
Nro: 3940003
Fecha Nacimiento: 1980-11-05
Sexo: Femenino
Documento: 28370463

Nro. recetario: 1506940 Fecha receta: 2024-01-05
Médico: NEVES MARCELA Matrícula: MN 75755

Producto	Presentacion	Laboratorio	Cantidad	% cob.
TOPICTAL	100 mg comp.rec.x 56	Raffo	1	100.00%

Imprimir

11.2 Deben ser informadas en el validador **SIN EXCEPCION**. Ingresando el **CODIGO DE AUTORIZACION** que aparece en el comprobante, al validar:



Receta a validar

Afiliado: PANERO MARIA FERNANDA Fecha Nacimiento: 1980-11-05
Documento: 28370463 Credencial: 3940003

Datos de la Receta

Nº receta:

NOTA: la medicacion cargada en la autorizacion no podra ser reemplaza, ni por marca ni por presentacion. Si no la tienen disponible el afiliado debera tramitar con OSJERA una nueva autorizacion con el reemplazo correspondiente.

12. Cierre Electrónico de Lotes:

MUY IMPORTANTE: Todas las dispensas deben realizarse a través de la plataforma **MIS VALIDACIONES** www.misvalidaciones.com.ar, con sus respectivos lotes de presentación, los mismos se deben presentar del 1º al 4º día hábil de cada mes en farmacias individuales, y en el caso de grupos el 5º día hábil, sin excepción.

Con respecto al interior del país, hasta el día 10 de cada mes se puede hacer envío de las recetas dispensadas.

Las mismas deben presentarse en las oficinas de FARM+ Cerrito 146 piso 3 de 10 a 17.

Atención: Las recetas no procesadas electrónicamente (por ejemplo, Autorizaciones Especiales con sello y firma autorizante) deben liquidarse a través de planilla de la farmacia.

13. Presentación de Recetas no procesadas electrónicamente:

Todas las recetas de OSJERA no procesadas electrónicamente deben presentarse en diferentes lotes, separados por descuento.

El porcentaje de descuento aplicado a cada medicamento debe figurar en el ticket de venta o bien agregado junto a la prescripción en forma manuscrita.

14. Atención de Consultas:

Todas las consultas deben realizarse a los teléfonos de Farm+ 4381-1114 y 4381-2297.

Muestra de Credenciales:

Reiteramos que TODOS los beneficiarios que presenten cualquiera de los siguientes comprobantes válidos DEBEN ESTAR INCLUIDOS EN EL LISTADO DE HABILITADOS VIGENTE (ver Punto 2.2)



15.



(Plan Materno Infantil)

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL JERÁRQUICO DE LA REPÚBLICA ARGENTINA		osjera	
APELLIDO/S			
NOMBRE/S			
N° 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	
N° BENEFICIARIO	PLAN
DTO. FARMACIA	D.N.I.
%	
FECHA DE ALTA	COPAGO
/	/

(Credenciales Provisorias)