OSDEPYM
TE ESTAMOS CUIDANDO

Instructivo General
de Farmacias

GMS SA

Instructivo de Farmacias

GMS SA

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	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)	VDM OSDEPYM	No requiere, se dispensa según % de Cobertura/Descuento
PYME Staff / PYME 2500 **PYME 3000 / PYME 4000** **PYME 2000H (O.S. Hipódromos)** **PYME Personal**	50 %			
PATOLOGIAS CRONICAS	Monto Fijo o 70% o 100%	► 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)	Monto Fijo según PMOE o Porcentaje Autorizado	Requiere autorización
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	
DIABETES	Solo por excepción, con autorización de OSDEPYM			
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.

2. RECETARIOS PATOLOGIAS CRONICAS Y TRATAMIENTOS PROLONGADOS

    - Las autorizaciones para Pacientes con Patologías Crónicas y Tratamientos prolongados le permiten al asociado adquirir medicamentos por períodos prolongados
    - La obra social siempre autorizara la droga más barata cumpliendo con la normativa
    - 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 todos los casos, el asociado debe firmar la conformidad de cada entrega
    - **Las autorizaciones tienen vigencia desde la fecha de autorizado, 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**
    - **VIGENCIA DESDE LA FECHA DE AUTORIZADO** (El cumplimiento del plazo es la **duración del tratamiento**, teniendo como inicio del tratamiento la fecha de autorizado. Pasada la fecha, las farmacias no pueden dispensar)

* 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 de la receta para presentación por primera vez a la mandataria: 90 (noventa) días contados a partir de la fecha de prescripción, excluyendo la misma.

Re facturación: 60 días desde el periodo de presentación por primera vez

Datos que debe contener la receta física o formato digital:

- Nombre de la Entidad (en recetarios no oficiales)
- Nº 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

* Otros controles (verificar que):

- Fecha venta: hasta 30 días desde la fecha de emisión (excepto con autorización del Prof. Actuante tiene 60 dias)
- 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

Dr. Jimena Fontana
MEDICINA GENERAL y/o MEDICINA DE FAMILIA
-
1

OSDEPYM

Apellido y Nombre: Nieva Lola
Obra Social: OSDEPYM - Afiliado Nro: 2728070025303 - Plan: PERSONAL
DNI: 46579708

- DROSPIRENONA 3mg + ETINILESTRADIOL 0.03mg, COMP.REC.X 28
  Cantidad: 3 (tres) unidades
  Ref: ISIS

Diagnóstico Presuntivo: ACO CRONICA
Observaciones/Indicaciones: ACO INICIAL

Urgencia
Domicilio
Tratamiento Prolongado

Firma

Dr. Jimena Fontana
MN: 167528

Certificación Apto - Firma electrónica

Fecha de Emisión: 07/03/2023
Emergencia COVID-19

Nro identificador de prescripción
16782155728832

apto

Apto
Av. Entre Rios 2025, C1133AAV Cdad. Autónoma de Buenos Aires, Argentina
doc@apto.bio
Tel: +541165415194 - +541165415194

Nombre y Apellido: Ruth Cabrera

DNI: 39416004

Fecha de nacimiento: 14/02/1996

Sexo: Femenino

Cobertura: Osdepym

Plan: P4000

Nº de Afiliado: 2739416004600

Diagnóstico presuntivo: Anticoncepcion

Rp /:

- ESTRADIOL,VALERATO + DIENOGEST
  RUBI, 28 Comprimidos3 (tres cajas)

Observaciones

ACO CRONICO
- Tratamiento prolongado

apto
www.apto.bio

05/05/2025 11:59:41
Fecha de emisión
https://paciente.apto.bio/validation/45642174645718197 7

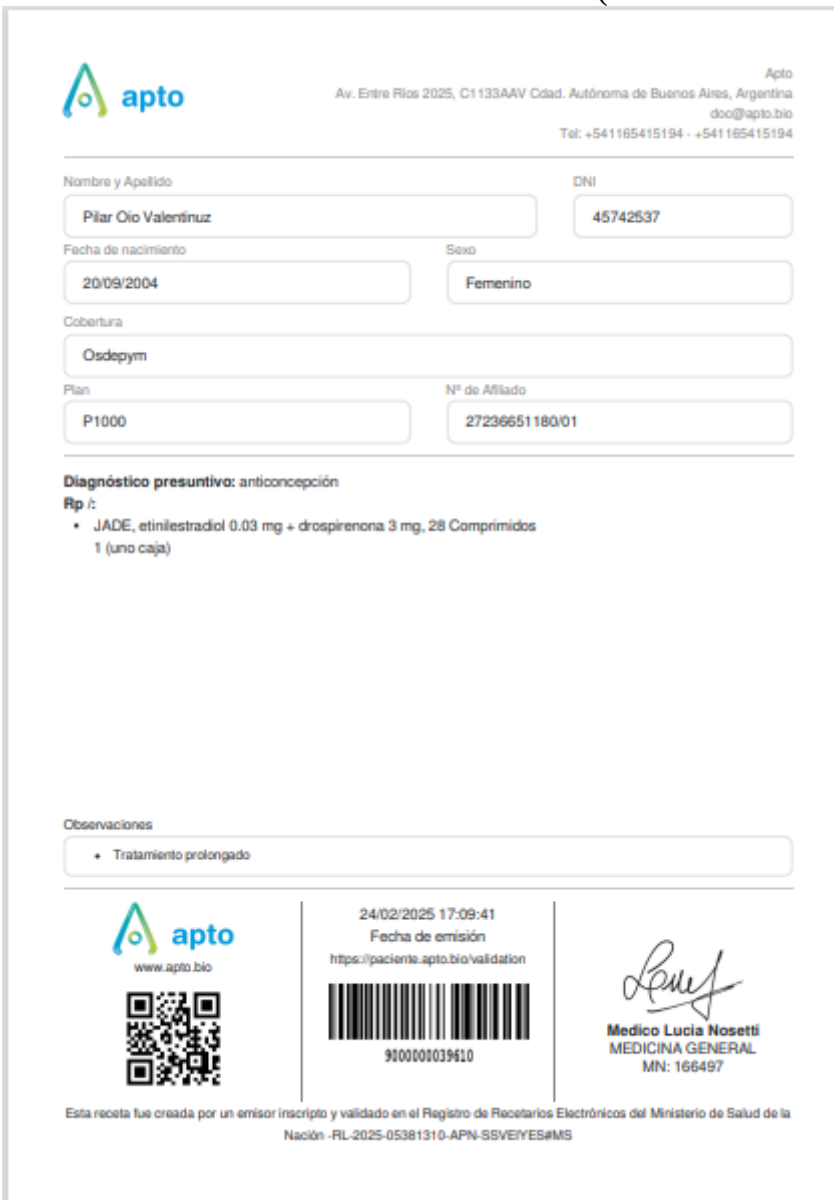
900000045642

Firmado electrónicamente por
Dr. Patricia Barrientos

MEDICINA GENERAL
MN: 155682

Esta receta fue creada por un emisor inscripto y validado en el Registro de Recetarios Electrónicos del Ministerio de Salud de la Nación -RL-2025-05381310-APN-SSVEIYES#MS

NUEVO MODELO DE RECETARIO APTO (CON COBERTURA DEL PLAN DEL AFILIADO)



apto

Apto
Av. Entre Ríos 2025, C1133AAV Cdad. Autónoma de Buenos Aires, Argentina
doc@apto.bio
Tel: +541165415194 - +541165415194

Nombre y Apellido: Pilar Oio Valentinuz
DNI: 45742537
Fecha de nacimiento: 20/09/2004
Sexo: Femenino
Cobertura: Osdepym
Plan: P1000
Nº de Afiliado: 27236651180/01

Diagnóstico presuntivo: anticoncepción
Rp /:
- JADE, etinilestradiol 0.03 mg + drospirenona 3 mg, 28 Comprimidos
  1 (uno caja)

Observaciones
- Tratamiento prolongado

apto
www.apto.bio

24/02/2025 17:09:41
Fecha de emisión
https://paciente.apto.bio/validation
9000001039610

Medico Lucia Nosetti
MEDICINA GENERAL
MN: 166497

Esta receta fue creada por un emisor inscripto y validado en el Registro de Recetarios Electrónicos del Ministerio de Salud de la Nación -RL-2025-05381310-APN-SSVEIYES#MS

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 expenderse 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 expenderse una marca incluida en el Vademécum**.

♦ Si la prescripción **indica una marca o bien un principio activo no incluidos en el Vademécum**, debe expenderse **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	CARBALLO MARIA	GONZALEZ MARIANA	OLIVERA MAXIMILIANO	RUPPEL NICOLAS
ALABARCEZ MELISA	CORDOVA CINTHIA	GONZALEZ PATRICIA	PANIAGUA PATRICIO	SCHUNK ALEJANDRA
ALCARAZ MAXIMILIANO	CHISCA CAROLINA	INSAURRALDE SOLEDAD	PATANE SHARON	SOLIS DANIELA
ANTONUCCI TOMAS	D'ANGELO ORNELA	JAUREGUI FRANCO	PARRA MOISES	SOLIS SOLANGE
ARANDA SILVINA	DR. NUÑEZ JUAN PABLO	JACOMELLI MARTIN	PERALTA ELIZABETH	TELLO ERICA
AVILES NICOLAS	DR. TRIANTAFILO HARRY	JUSTO MYRIAM	PERRONE SABRINA	YOPOLO YANINA
BARBERI ORNELLA	DUARTE ANALIZ	KENNTNER VANESA	PLASENCIA PAMELA	ZALDUENDO PABLO
BASILE NATALIA	FERRARO DEBORA	LOPEZ BLASCO SOL	RAMIREZ MARIA FLORENCIA	TELLO ERICA
BURGOS CAROLINA	FIGUEROA SILVINA	LUCCI GIANNINA	REINOSO NAHUEL	
BUSTAMANTE LUCIO	GARCIA GERMAN	MANSILLA VANESA	ROJAS SEBASTIAN	
CAMPOS JULIA	GHISIO MARIANA	MANSO GISELA	RUIZ LEANDRO	
CANSINOS SANDRA	GIACOBONE LUZ	OLIVA DIEGO	SARACENO MARINA	

Autorizaciones de Auditoria Médica de OSDEPYM:

Son válidas las autorizaciones especiales que realice la Auditoría Médica de OSDEPYM

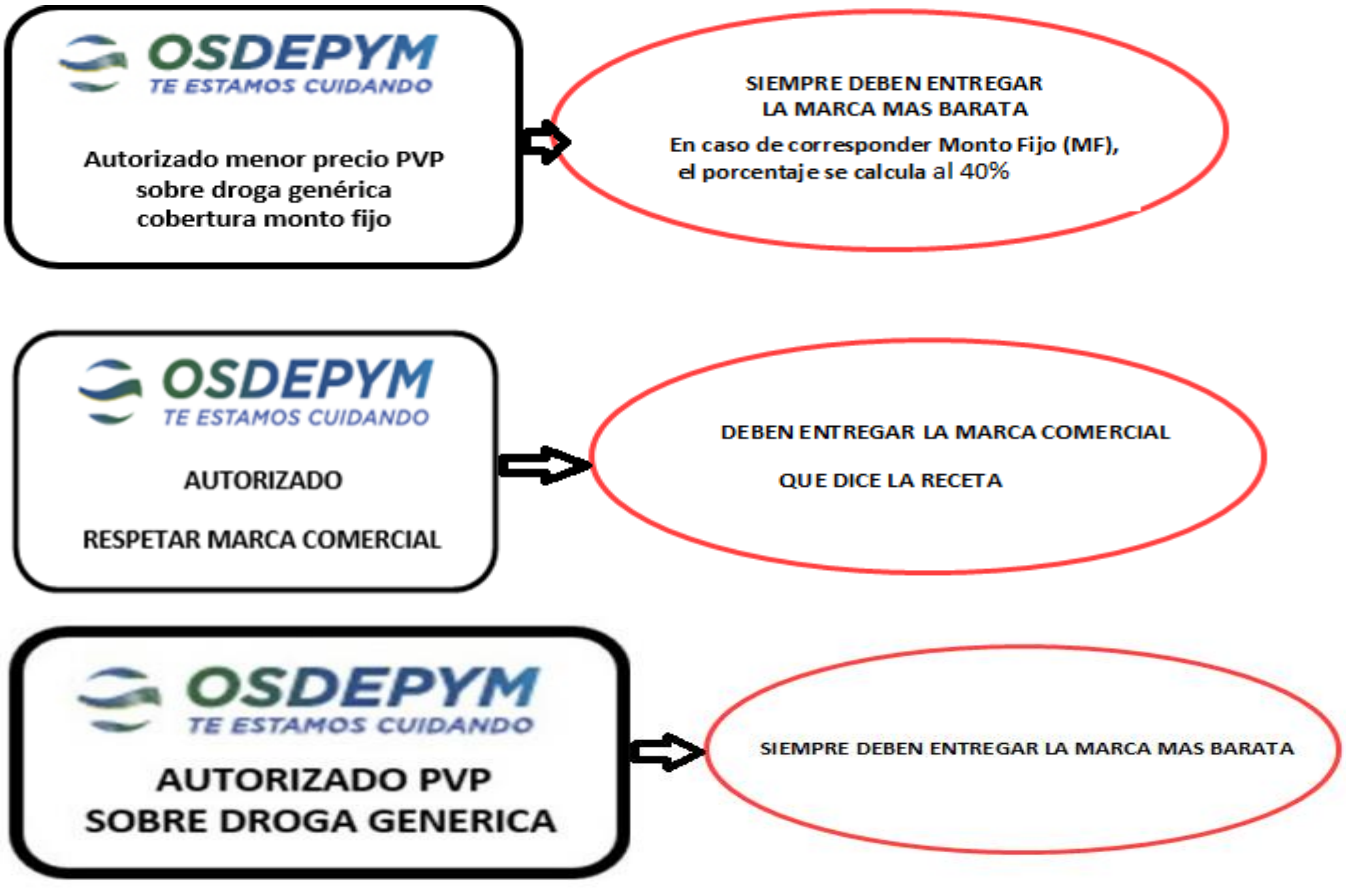
En el caso de interior del país, son válidas las autorizaciones que indiquen "Auditoría Médica OSDEPYM."
Atención: NO confundir con el listado de autorizantes del Centro de Atención al Beneficiario que figuran en el punto anterior

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

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

Modelo de Autorizacion de Osdepym Modelo de Autorizacion de Osdepym

- **En todos los casos, si la autorización no aclara el descuento, se aplica el del plan del afiliado**



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 cuento a la validación:

1. Los productos que deben validarse por el plan de Ambulatorio, serán aquellos que no superen el primer importe/tope establecido por la obra social.

2. Caso contrario, deberá contar con la autorización firmada y sellada de alguno de los siguientes autorizantes:

Autorizantes 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	CARBALLO MARIA	GONZALEZ MARIANA	OLIVERA MAXIMILIANO	RUPPEL NICOLAS
ALABARCEZ MELISA	CORDOVA CINTHIA	GONZALEZ PATRICIA	PANIAGUA PATRICIO	SCHUNK ALEJANDRA
ALCARAZ MAXIMILIANO	CHISCA CAROLINA	INSAURRALDE SOLEDAD	PATANE SHARON	SOLIS DANIELA
ANTONUCCI TOMAS	D'ANGELO ORNELA	JAUREGUI FRANCO	PARRA MOISES	SOLIS SOLANGE
ARANDA SILVINA	DR. NUÑEZ JUAN PABLO	JACOMELLI MARTIN	PERALTA ELIZABETH	TELLO ERICA
AVILES NICOLAS	DR. TRIANTAFILO HARRY	JUSTO MYRIAM	PERRONE SABRINA	YOPOLO YANINA
BARBERI ORNELLA	DUARTE ANALIZ	KENNTNER VANESA	PLASENCIA PAMELA	ZALDUENDO PABLO
BASILE NATALIA	FERRARO DEBORA	LOPEZ BLASCO SOL	RAMIREZ MARIA FLORENCIA	TELLO ERICA
BURGOS CAROLINA	FIGUEROA SILVINA	LUCCI GIANNINA	REINOSO NAHUEL	
BUSTAMANTE LUCIO	GARCIA GERMAN	MANSILLA VANESA	ROJAS SEBASTIAN	
CAMPOS JULIA	GHISIO MARIANA	MANSO GISELA	RUIZ LEANDRO	
CANSINOS SANDRA	GIACOBONE LUZ	OLIVA DIEGO	SARACENO MARINA	

3. Finalmente, cuando el importe del medicamento sea superior al segundo importes/tope establecido por la obra social para las autorizaciones, el mismo no podrá validarse y deberá contar con la autorización firmada y sellada de algunos de los siguientes autorizantes:

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

Listado actualizado de autorizantes superando el importe máximo.	
Myriam Justo	
Natalia Basile	Sebastián Rojas
Ornella Barberi	Sol López Blasco
Pablo Zalduendo	Jacomelli Martin

El Validador no permite reconocerlos, por tal motivo se solicita que dichas recetas sean "**DENUNCIADAS**" a GMS en el momento que se dispensen.

Los datos que deben informar las farmacias al momento de realizar la denuncia de estas recetas son:

Nombre de quien solicita la denuncia de la receta:
Número de afiliado:
Cod. Fcia o / Sucursal (en caso de que sean varias):
Fecha de facturación:
Marca comercial/ número de troquel a entregar:
Autorizado por:
Porcentaje de cobertura:

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.

Siempre verifiquen que la marca comercial que le entreguen sea el más económico y en caso de que indique en la autorización respetar marca comercial también nos den aviso para que lo dejemos registrado de esa manera.

A disposición de la obra social, se estará enviando a las farmacias prestadoras el tope específico para cada plan (Ambulatorio y Autorizaciones) mediante un comunicado, a fin que las mismas se encuentren actualizadas sobre las formas de validación correspondientes y los autorizantes que pueden firmar dichas recetas.

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

A partir del 01/12/2022 - Las autorizaciones tienen vigencia desde la fecha de autorizado, 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, Agujas 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

El plazo de las autorizaciones estará fijado por la duracion del tratamiento (dato que figura en la autorización). 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 contaran **10 días para confirmar la entrega, de lo contrario pierde el consumo de ese mes**

VIGENCIA DESDE LA FECHA DE AUTORIZADO (El cumplimiento del plazo es la **duración del tratamiento**, teniendo como inicio del tratamiento la fecha de autorizado. Pasada la fecha, las farmacias no pueden dispensar)

OSDEPYM
TE ESTAMOS CUIDANDO

Autorizaciones
Nº 1621340

EMPADRONAMIENTO DIABETES
REQUIERE VALIDACIÓN ONLINE

Autorización Nº 1621340 | Fecha Autorizado 07/12/2021 | Fecha Recibido: 07/12/2021 | Recibido Por: mlgarcia
Estado: A - Abierta | Episodio:

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
MONICA GARDEÑES Matrícula
Duración tratamiento: 120 dias

DATOS PRESTADOR
Ape. y Nombre:
Prestador de cartilla, Prestador de cartilla

Código	Detalle	Dosis Diaria	Desc.Autoriz.	Estado	Fecha Serv.	Válido Hasta

B4938755 metformina 1000 MG COMP.REC.X 60 2 Autorizado 07/12/2021

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:** nº 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

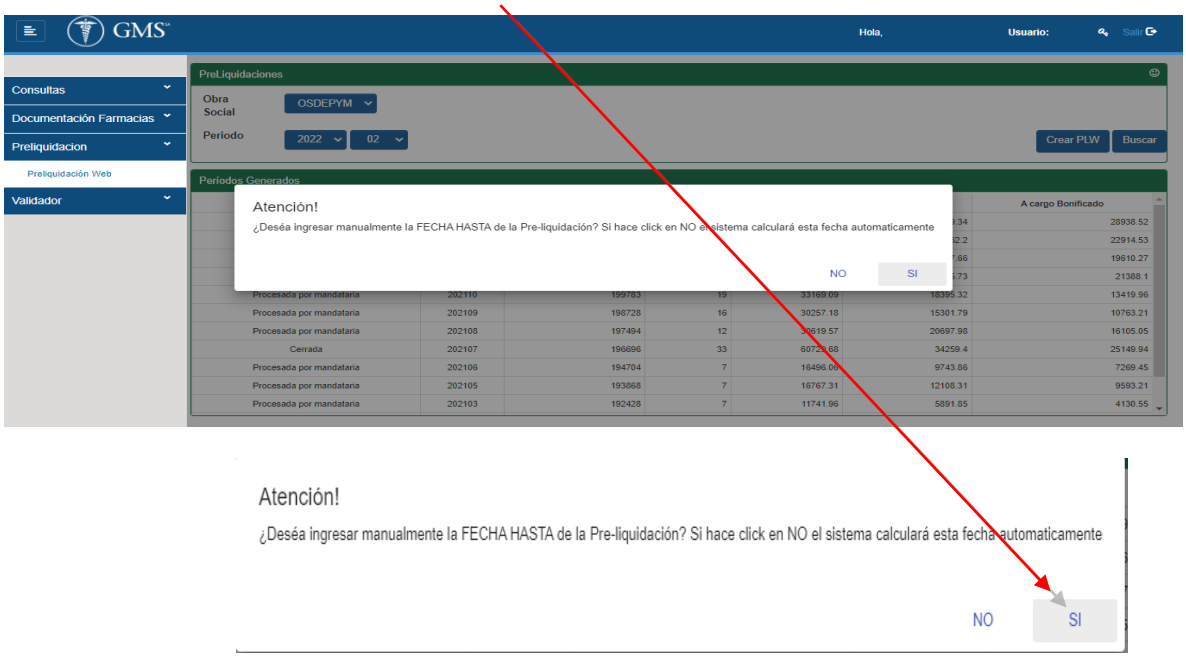
Además de la presentación física de las recetas, deberán enviar vía mail las pre liquidaciones, a través del sistema de preliquidación web (PLW) ingresando a http://farmaciasnet.gmssa.com.ar, generando la PLW y enviando los datos a presentacionosdepym@gmssa.com.ar

En la liquidación:

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

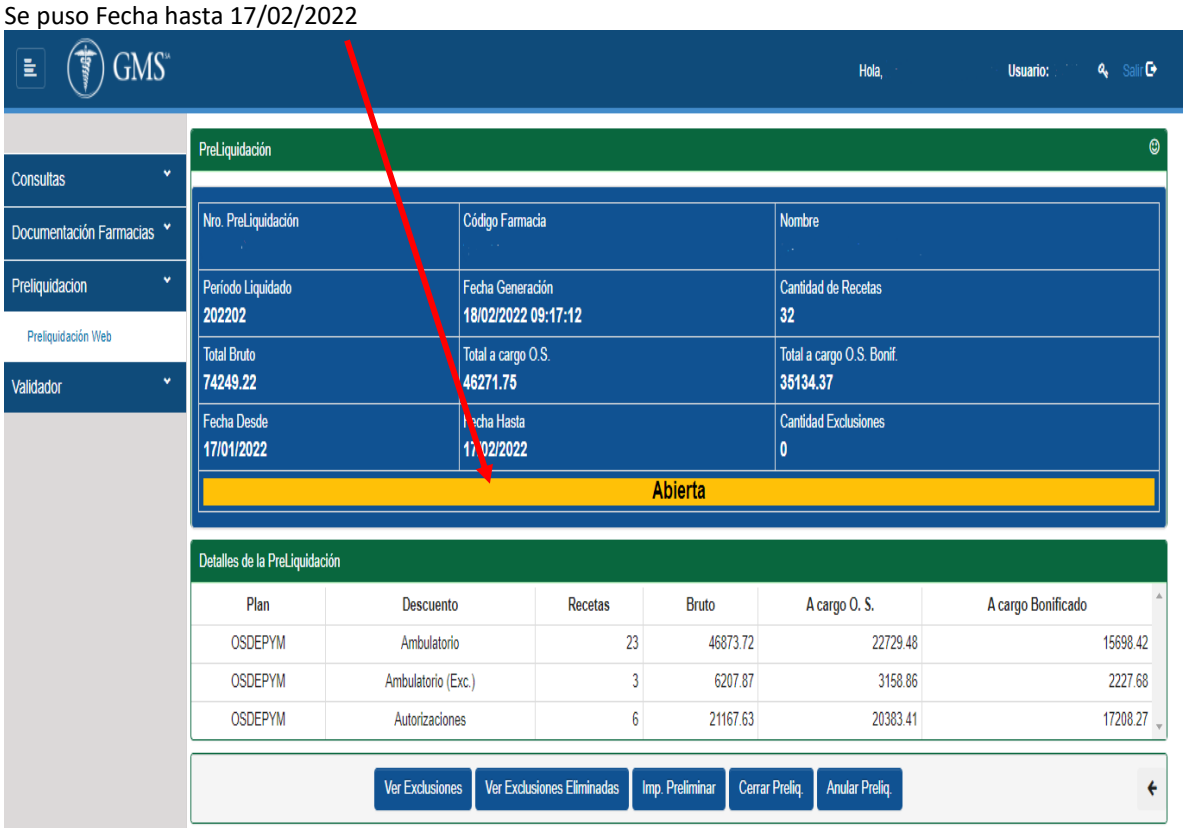
En caso de querer generar una PLW hasta una fecha determinada, el sistema permitirá colocar la fecha HASTA

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



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

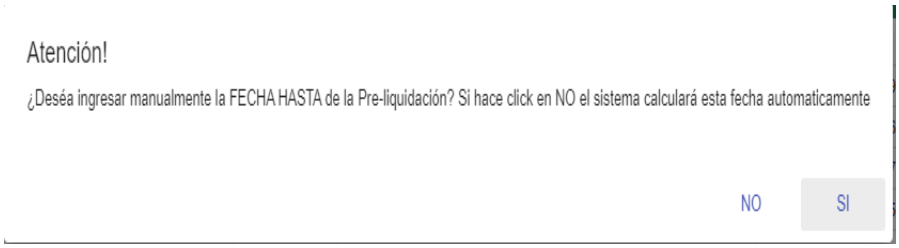
Ej. Se creó la PLW 202202
Se puso Fecha hasta 17/02/2022



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)



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
- Nº de Pre liquidación
- Período
- Tipo de descuento
- Nª 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/OFIRMA 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 Nº 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	PONTENCIA 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
139	ENTREGA SUPERA LOS 10 DIAS	

MODELOS DE RECETARIO Y NORMATIVA

A partir de la Resolución 98/2023 del Ministerio de Salud serán válidas para compras con descuento en farmacia:

1. RECETARIOS OFICIALES DE LA OBRA SOCIAL SELLADOS Y FIRMADOS DE PUÑO Y LETRA POR EL PROFESIONAL MEDICO

2. RECETARIOS COMUNES / DIGITALES SELLADOS Y FIRMADOS DE PUÑO Y LETRA POR EL PROFESIONAL MEDICO

3. RECETAS ELECTRONICAS / DIGITALES QUE CONTENGAN LA FIRMA DIGITAL DEL MEDICO SIEMPRE QUE CUMPLA CON LA RESOLUCION (Estas son órdenes que tienen los requisitos de identificación de cada receta para evitar la duplicación (código de barra, número de receta, QR, etc)

4. RECETAS DIGITALES / ELECTRONICAS QUE CONTENGA LA FIRMA DIGITAL DEL MEDICO EMITIDA POR LA PLATAFORMA APTO

(PARA AQUELLOS RECETARIOS QUE CONTENGAN NUMERO DE IDENTIFICACION, AL MOMENTO DE VALIDAR, DEBERAN COMPLETAR EN EL CAMPO DE NUMERO DE RECETA EL NUMERO DE IDENTIFICACION)

apto

MEDICINA GENERAL y/o MEDICINA DE FAMILIA
-
1

OSDEPYM

Apellido y Nombre:
Obra Social: OSDEPYM - Afiliado Nro: - Plan: PERSONAL
DNI:

- DROSPIRENONA 3mg + ETINILESTRADIOL 0.03mg, COMP.REC.X 28
  Cantidad: 3 (tres) unidades
  Ref: ISIS

Diagnóstico Presuntivo:

Observaciones/Indicaciones:

Urgencia ☐
Domicilio ☐
Tratamiento Prolongado ☐

Firma:

Dr. Jimena Fontana
MN: 167528

Certificación Apto - Firma electrónica

Fecha de Emisión: 07/03/2023
Emergencia COVID-19

Nro Identificador de prescripción
10782155728832

0156000719504

27241532203/00

Guido De Nicotti
MEDICO
Matrícula Prov.:440833

Paciente: Celina Martinez Heib **Sexo: Femenino**
DNI: 24153220
OSDEPYM
PLAN: Plan 2000 | Nº Credencial: 27241532203/00

Rp:

ASERTRAL - sertralina - 100 mg comp.ran.x 30
Cantidad: 1 (uno)
IBARAL - aripiprazol - 10 mg comp.x 30
Cantidad: 1 (uno)

Diagnóstico:

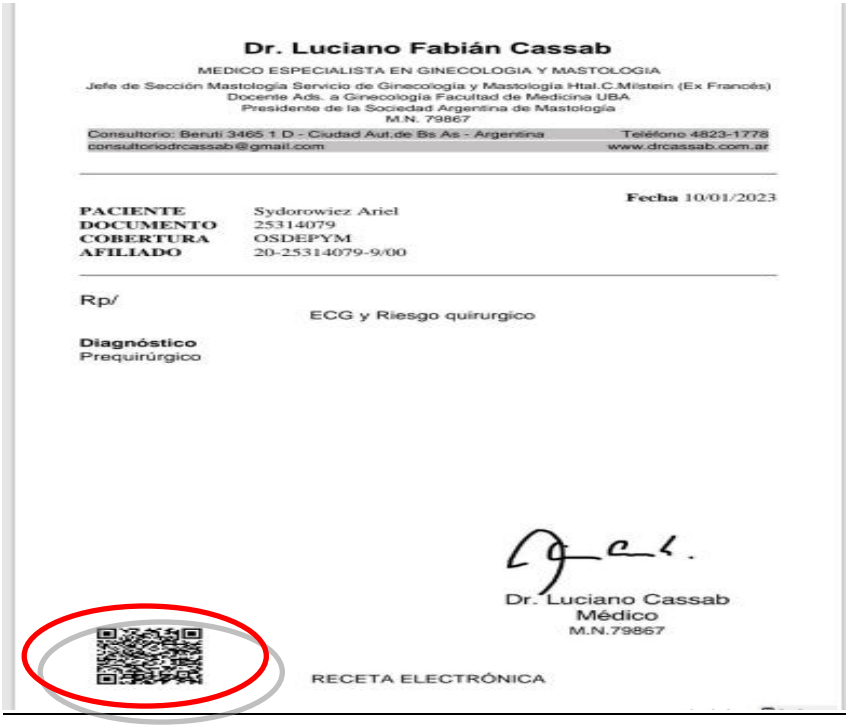
Esta receta contempla todas las pautas indicadas por la Ley 27553 y las recomendaciones que surgieron con la Resolución N° 3622/2022 del Ministerio de Salud.

Guido De Nicotti
Medicina General - Psiquiatría
MN 69643 - MP 440833

FIRMA Y SELLO

11/01/2023

Medico
Guido De Nicotti
Entre Rios 1715, Martinez



Dr. Luciano Fabián Cassab

MEDICO ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y MASTOLOGIA
Jefe de Sección Mastología Servicio de Ginecología y Mastología Htal.C.Milstein (Ex Francés)
Docente Ads. á Ginecología Facultad de Medicina UBA
Presidente de la Sociedad Argentina de Mastología
M.N. 79867

Consultorio: Beruti 3465 1 D - Ciudad Aut.de Bs As - Argentina — Teléfono 4823-1778
consultoriodrcassab@gmail.com — www.drcassab.com.ar

Fecha 10/01/2023

PACIENTE Sydorowicz Ariel
DOCUMENTO 25314079
COBERTURA OSDEPYM
AFILIADO 20-25314079-9/00

Rp/

ECG y Riesgo quirurgico

Diagnóstico
Prequirúrgico

Dr. Luciano Cassab
Médico
M.N.79867

RECETA ELECTRÓNICA

NOTA: EN CASO DE SER UN RECETARIO ELECTRONICO Y NO ESTAR DENTRO DE LA RESOLUCION 98/2023, DEBEN VENIR CON FIRMA Y SELLO DEL MEDICO DE PUÑO Y LETRA, NO DIGITAL

OSDEPYM
TE ESTAMOS CUIDANDO

Prescripción Electrónica

DUPLICADO **RECETA DE EMERGENCIA COVID-19**
Paciente: GANSO , Luciano Daniel
Obra Social: OSDEPYM [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

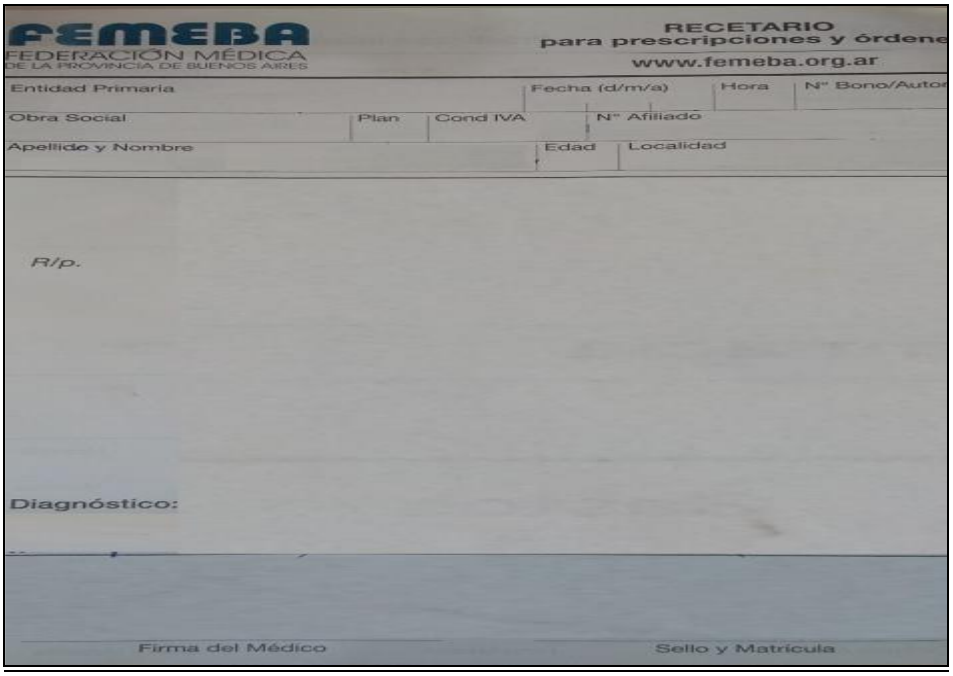
Fecha: 23/08/2022

Firma

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

RP/

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



Receta Electrónica ORIGINAL

Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba

Nro: 0000023034-2 **Fecha: 01-02-2023**

Paciente
Miranda Carlos Fabián DNI: 44479164

Obra Social
- Nro:

Prescripción

Cant	Monodroga	Sugerida	Presentación	Dosis por día
1	SERTRALINA	ATENIX	50 mg comp.ran.x 30	50 mg

Diagnóstico

F71.9

Melina Daniela Rosso
MP. 356318
ME. 15074 PSIQUIATRIA

Vence el día: 03-03-2023

MODELO DE RESUMEN Y CARÁTULA:

MODELO DE RESUMEN:

OSDEPYM
La Obra Social Empresaria

RESUMEN DE FACTURACION

PERIODO:.....

COD. FARMACIA:.....

NOMBRE DE LA FARMACIA:.....

C.U.I.T.:.....

TIPO DE DESCUENTO:.....

Orden	Fecha	Validación	Nª de receta	Beneficiario	Importe bruto	Importe a cargo O. S.
TOTALES						
			BONIFICACION			
			NETO A COBRAR			

.....

Sello y Firma Farmacia

MODELO DE CARÁTULA

OSDEPYM
La Obra Social Empresaria

CARATULA DE RECETAS

PERIODO
202.....

DIA	MES	AÑO

Nombre Farmacia	CUIT

REFACTURACIONES	
(marcar con X)	
REFACTURACION	

Nombre Farmacéutico	COD. FCIA

PLAN	
AMBULATORIO	

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

GMS: Consultores