ANEXO I NORMATIVAS O.S.P.M.

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MOSAISTA

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:

CREDENCIALES AUTORIZADAS	ACEPTA	NO ACEPTA
OFICIALES DE LA INSTITUCIÓN	CREDENCIAL OFICIAL SEGÚN MODELOS	OTRAS
AUTORIZACIONES	**ACEPTA**	**NO ACEPTA**
OFICIALES DE LA INSTITUCIÓN	CON SELLO DE LA INSTITUCIÓN	Otros
TIPO DE RECETARIOS	**ACEPTA**	**NO ACEPTA**
RECETARIOS OFICIALES DE LA INSTITUCION	SEGÚN MODELO ADJUNTO	OTROS
PSICOFARMACOS: REC. OFIC. Y DUPLIC. ORIGINAL	SEGÚN MODELO ADJUNTO	FOTOCOPIAS

CORRECCION DE ENMIENDAS

En el número de 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 prescripta 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

O.S.P.M.	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 PLAN MATERNO INFANTIL 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.**

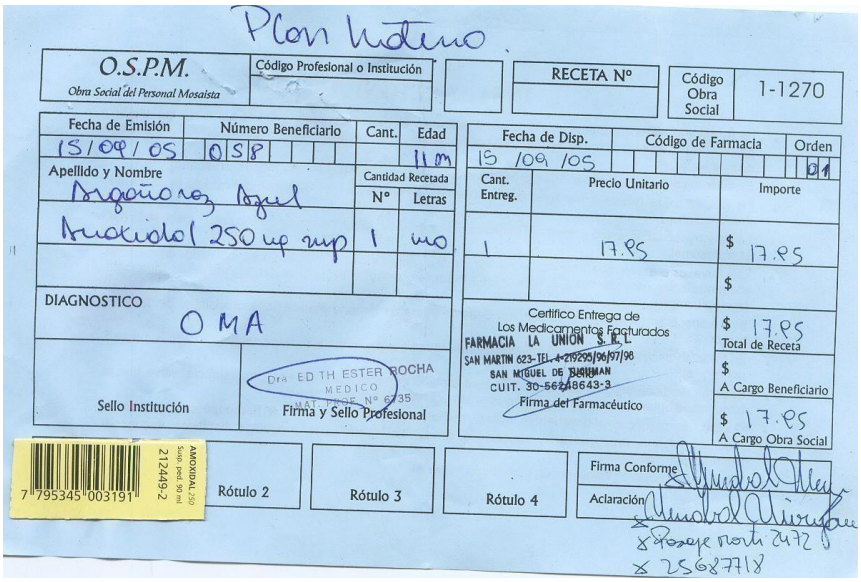
REQUERIMIENTOS PLAN MATERNO INFANTIL PARA EL HIJO HASTA 1 AÑO

El recetario deberá ser oficial de la institución (fecha de vencimiento 1 año desde el parto)

Expendios Subsiguientes PMI Hijo

- **Con prescripción por recetario oficial o común. (fecha de vencimiento 1 año desde el parto)**

Modelo de Recetario oficial:



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 Nº documento del adquiriente 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.).**

NORMATIVAS O.S.P.M. CRONICOS

OBRA SOCIAL del PERSONAL MOSAISTA

Crónicos:

TIPOS DE RECETARIOS - RECETARIO COMUN Y OFICIAL AUTORIZADO CON SELLO Y % DE DESCUENTO (VER AL FINAL DE LA NORMA MODELO).

RECETA PSICOFARMACOS: DEBE POSEER DUPLICADO EN RECETA COMUN. NO SE ACEPTA FOTOCOPIA.

PRESCRIPCION: GENERAL A TODOS LOS PLANES

- **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 prescripta 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.

Las recetas que respeten los productos que se encuentre incluidos en vademécum no requieren previa autorización, para mayor información comunicarse al 4381-1114 // 4381-2297 (Auditoria Farm+).

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 Nº documento del adquiriente 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.

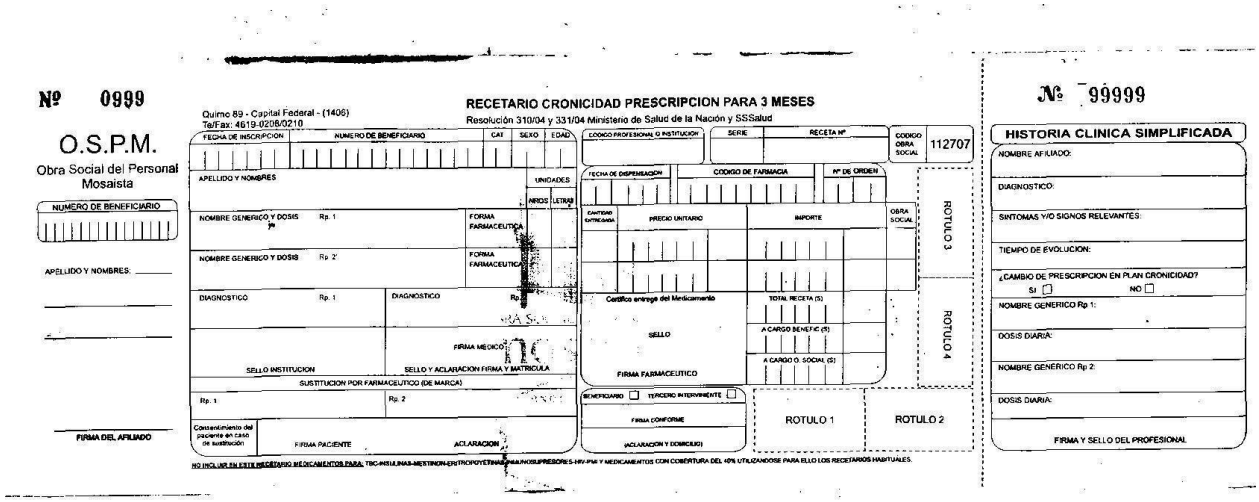
FACTURACION DE LA FARMACIA

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

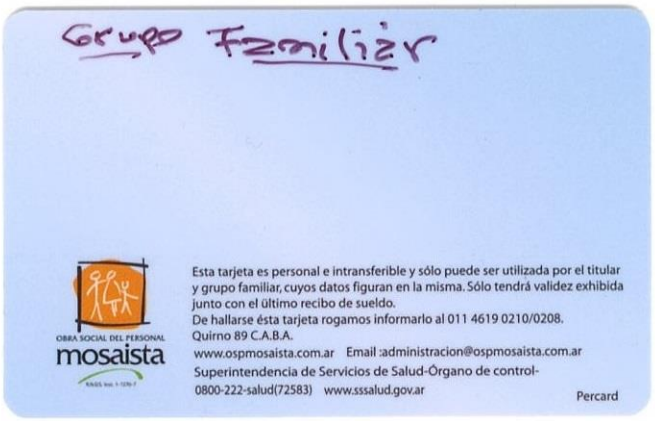
ACLARACION IMPORTANTE

Las otras recetas comunes de afiliados OSPM siguen teniendo los descuentos y normas habituales.

FRENTE RECETARIO



O.S.P.M.
Empresa:
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL
mosaista
Documento:
R.N.O.S. Insc. 1-1270-7
Afiliado:
Vto.


Grupo Familiar
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL
mosaista
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
Percard