



Normativas O.S.P.I.M 70% CRÓNICOS

- ❖ **Denominación:** Madereros
- ❖ **Nombre:** Obra Social del Personal de la Industria Maderera
- ❖ **Sigla:** O.S.P.I.M.
- ❖ **Plan:** CRONICOS 70%
- ❖ **Validación Online:** Todas las recetas deben ser validadas en el sitio web: www.misvalidaciones.com.ar
- ❖ **Cobertura:** 70% de descuento únicamente sobre productos contemplados en VDM.
- ❖ **Credenciales:** oficiales de la entidad.
- ❖ La compra puede ser realizada por el afiliado personalmente o un tercero, siempre que presente la credencial original del afiliado
- ❖ **Afiliados:** verificar afiliado en el sitio web: www.misvalidaciones.com.ar
- ❖ **Recetarios válidos:** únicamente recetarios oficiales de cronicidad (ver modelo). (se deja aclarado que desde la pandemia del Covid-19 y hasta nuevo aviso se aceptan recetas comunes). Recetas electrónicas según ley 27553.
- ❖ **Receta con Psicofármacos:** requiere duplicado de puño y letra del profesional.

Normativa de prescripción

- ❖ **Datos de la receta:** nombre y apellido y número de credencial de puño y letra del profesional y con la misma tinta. Se aceptan recetas digitalizadas o manuscritas enviadas a través de cualquier medio digital (la farmacia deberá imprimir la misma para su facturación).
- ❖ **Prescripción:** La Receta debe estar prescrita por Denominación Genérica Internacional (nombre de la monodroga o compuesto), dosis (MG, mcg, MUI, etc.), forma farmacéutica (comp., iny, jbe, etc.) y tamaño (50 comp., 120 ml, etc.). El profesional puede adicionar una marca comercial de referencia.
- ❖ **Datos de Cronicidad:** debe contener obligatoriamente diagnóstico.
- ❖ **Datos medico:** sello que contenga nombre y apellido y número de matrícula.
- ❖ **Genéricos:** en caso de que se prescriba por principio activo se deberá expender la marca que solicite el afiliado (siempre verificar el sitio web).

- ❖ **Validez:** las recetas pueden contener la prescripción de hasta 90 días de tratamiento y caducan a los 90 días desde la fecha de prescripción.
- ❖ **las recetas tienen validez por 90 días desde la fecha de prescripción.**
- ❖ la farmacia solo expondrá mensualmente la cantidad mínima necesaria de acuerdo a la combinación más económica de envases para el tratamiento de 30 días, de acuerdo a la dosis diaria que indique el profesional en la "Historia Clínica Simplificada" que existe en la receta.
- ❖ **Recetas descuento mixto:** En el caso de presentarse un recetario con productos que contengan descuentos mixtos (40 y 70% en la misma receta), el sistema online brindará el detalle en el cupón de validación.

Límites de la cobertura

- ❖ **Ítems por receta:** 2 ítems distintos
- ❖ **Tamaños máximos por ítem por mes:** mensualmente hasta la caducidad de la receta la cantidad mínima necesaria para el tratamiento de 30 días
- ❖ **Cobertura y exclusiones:** Lo aprobado durante la validación en el sitio web www.misvalidaciones.com.ar.

Datos de Facturación y conformidades

Importes y cálculos de descuentos:

- La farmacia recibirá la receta de cronicidad y realizara 2 fotocopias de la misma.
- El Original deberá facturarla en la primera facturación/entrega realizada y las fotocopias en cada facturación subsiguiente
- La facturación será nula si es presentada con posterioridad a los 60 días desde la fecha de venta de cada una de las provisiones
- La receta deberá contener: Importe total público de los productos expendidos, porcentaje e importe a cargo de la Obra Social y porcentaje e importe a cargo del afiliado y la fecha de venta
- La farmacia debe colocar en la receta el troquel de cada envase expendido teniendo especial cuidado de no tapar con los mismos la prescripción
- Tanto la receta original como las fotocopias para las siguientes entregas deben ser conformadas por el afiliado o tercero que realiza la compra colocando Firma, Aclaración, Fecha y su N° de Documento en el ticket o en el lugar donde se encuentre el importe a cargo del afiliado, para la receta original y las copias, al momento de efectuar cada compra.
- A las recetas se le debe colocar el sello de la farmacia en cualquier lugar libre de la receta (no debe taparse ningún dato ni prescripción)
- **MUY IMPORTANTE: para cada mes de provisión la farmacia deberá adjuntar el cupón de validación.**

Tratamiento de las enmiendas

- ❖ En la prescripción: Salvadas únicamente por el profesional actuante con sello y firma.
- ❖ En los datos del afiliado: La farmacia solo se podrá salvar uno de los datos del afiliado: el nombre y apellido o el número de credencial (nunca ambos). lo salvado deberá contener sello y firma del farmacéutico

- ❖ En los datos de facturación: Cuando los importes y/o cálculos de descuento deban ser corregidos, la enmienda debe estar salvada por el afiliado o tercero que dio la conformidad original.

Modelos de recetas Crónicas

Recetarios

Rojas 254 (G1405ABB) Capital Federal
Tel.: 4431-4089/4781 - Fax: 4431-2587

RECETARIO CRONICIDAD PRESCRIPCION PARA 3 MESES
Resolución 310/04 y 331/04 Ministerio de Salud de la Nación y SSSalud

N° 1576

FECHA DE INSCRIPCIÓN	NUMERO DE BENEFICIARIO	GAT	SEXO	EDAD	CODIGO PROFESIONAL INSTITUCION	SERIE	RECETA*	CODIGO OBRA SOCIAL	
APELLIDO Y NOMBRES					UNIDADES		FECHA DE DISPENSACION	CODIGO DE FARMACIA	N° DE ORDEN
NOMBRE GENERICO Y DOSIS Rp. 1		FORMA FARMACEUTICA	UNIDADES		QUANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	% A CARGO SOCIAL	
NOMBRE GENERICO Y DOSIS Rp. 2		FORMA FARMACEUTICA	NROS. LETRAS		ROTULO 3				
DIAGNOSTICO Ra. 1	DIAGNOSTICO Ro 2	FIRMA MEDICO		Certifico entrega del Medicamento		TOTAL RECETA (\$)	ROTULO 4		
SELLO INSTITUCION		SELLO Y ACLARACION FIRMA Y MATRICULA		SELLO		A CARGO BENEFIC. (\$)	ROTULO 1		
SUSTITUCION POR FARMACEUTICO (DE MARCA)		FIRMA FARMACEUTICO		A CARGO O. SOCIAL (\$)		ROTULO 2			
Rp. 1	Rp. 2	FIRMA CONFORME		BENEFICIARIO <input type="checkbox"/> TERCERO INTERVINIENTE <input type="checkbox"/>					
Consentimiento del paciente en caso de sustitución	FIRMA PACIENTE:	ACLARACION		ACLARACION Y DOMICILIO:					

HISTORIA CLINICA SIMPLIFICADA

NOMBRE AFILIADO: _____

DIAGNOSTICO: _____

SINTOMAS Y/O SIGNOS RELEVANTES: _____

TIEMPO DE EVOLUCION: _____

¿CAMBIO DE PRESCRIPCION EN PLAN CRONICIDAD?
SI NO

NOMBRE GENERICO Rp. 1: _____

DOSIS DIARIA: _____

NOMBRE GENERICO Rp. 2: _____

DOSIS DIARIA: _____

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL

NO INCLUIR EN ESTE RECETARIO MEDICAMENTOS PARA: TEOCA, SULINAB, VESTINOL, ENTROPOYETINAS, INHIBIDORES DE LA ACE, INHIBIDORES DE LA HMG CO, Y MEDICAMENTOS CON COBERTURA DEL 40% UTILIZANDOSE PARA ELLO LOS RECETARIOS HABITUALES.

Ver Anexo: “Instructivo validación online”.

Teléfonos de contacto Mandataria:

Ante cualquier duda o problema al momento de la dispensa y antes de rechazar cualquier receta por favor comuníquese a los siguientes números de lunes a viernes de 9 a 18 hs:

- **011-4381-1114/2297**
- **Línea gratuita: 0800-222-0683**
- **Solo WhatsApp: 1126703947**