

**Normas de atención**



**amasalud**

**OSSSACRA**



**FACAF**

**FEDERACIÓN ARGENTINA  
DE CÁMARAS DE FARMACIAS**

**facaf.org.ar | Av. Madero 942, P. 12 | CABA**



**11 5912-4316**

## DESCUENTO A CARGO DE OSSACRA

<b>AMBULATORIO</b>	40 %
<b>PLAN MATERNO</b>	100 %
<b>PLAN INFANTIL</b>	100 %
<b>CRONICIDAD</b>	70 - 100 %

**El descuento se realiza a los afiliados vigentes en la Obra Social según validación on line. Si la transacción fuera rechazada por el sistema de validación, no se puede proceder con la dispensa.**

## DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

- Credencial según modelo adjunto,
- Documento de Identidad



## PLAN MATERNO INFANTIL

### Mujeres Embarazadas (Hasta un mes después del parto):

- 100% Para todos los productos incluidos en el vademécum PM, según validación on line.
- Fuera del Vademécum PM rigen los descuentos habituales 40% para todos los productos incluidos en el vademécum ambulatorio, según validación on line.

### Niños Hasta el 1º Año de vida:

- Descuento del 100% para todos los productos incluidos en el vademécum ambulatorio en sus presentaciones pediátricas, según validación on line.

### Leches:

- Según validación on line.



## RECETARIO

<p><b>RECETARIO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recetario oficial, de médicos particulares, instituciones siempre que contengan membrete.</li> <li><b>No se acepta propaganda médica.</b></li> <li>De hospitales públicos (nacionales, provinciales o municipales) que cuenten con la identificación pre impresa o sello con los datos del mismo.</li> </ul> <p><i>En todos los casos, conteniendo firma y sello de puño y letra en original.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Se aceptan recetarios pre impresos, siempre con firma y sello en original</b></li> <li><b>Recetas Electrónicas:</b> se aceptarán todos los recetarios electrónicos que al validar on line <b>IMED</b> como "recetario electrónico", e ingresando el número correspondiente de receta, el sistema apruebe su transacción.</li> </ul> <p>Para la validación de estas recetas, se debe <b>tildar</b> en IMED en el campo de <b>tipo de receta</b> "Electrónica" y luego ingresar el número de receta correspondiente.</p> <p><i>Recordar que SIEMPRE se debe <b>ingresar obligatoriamente</b> para validar el <b>número de receta electrónica en IMED.</b></i></p> <p>Si al ingresar el número de receta electrónica el sistema no admite la transacción, no se podrá dispensar la receta.</p> <p>Para las recetas Electrónicas, el afiliado podrá informar a farmacia el número de recetario o bien mostrar la imagen desde algún dispositivo, sin la obligación de presentar receta física. La farmacia deberá validar on line ingresando el número de receta, y podrá presentar para la facturación solamente el ticket con los troqueles adjuntos. <b>Debe indicar número de receta en la parte superior derecha del ticket</b> y conformidad de expendio (firma, aclaración, DNI, teléfono).</p>
<p><b>VALIDEZ</b></p>	<p>30 (treinta) días a partir de la fecha de prescripción e incluyendo la misma.</p>



### DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:

- Nombre y Apellido del beneficiario.
- Denominación de la Obra Social.
- Número de Beneficiario que es el DNI.

Cuando en una receta el N° de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia debe aclararlo al dorso en forma correcta, indicando junto al N° consignado por el médico la frase "VER AL DORSO")

- Medicamentos recetados por principio activo (ley 25649), detallando tamaño y cantidad de cada uno con eventual sugerencia de marca comercial.
- Firma del médico con sello aclaratorio y número de matrícula legible, en el caso de recetas manuscritas o pre impresas no electrónicas.
- Fecha de Prescripción
- Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.
- Diagnóstico.



## VALIDACIÓN ON LINE

La validación on line es obligatoria a través de [www.imed.com.ar](http://www.imed.com.ar)  
Es de carácter **obligatorio** realizar los **cierres de lote y cierres de presentación On Line** en el sistema IMED.

## LÍMITES DE CANTIDADES

<b>CANTIDAD DE RENGLONES</b>	2 (dos). De diferentes principios activos
<b>POR RENGLÓN</b>	Lo prescripto por el profesional y aprobado por la validación on line
<b>ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS</b>	Hasta 5 (cinco) por receta
<b>ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS</b>	Hasta 1 (uno) por receta

## OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el medico NO indica tamaño, debe entregarse el de MENOR contenido.
- Cuando el medico solo indica GRANDE, debe entregarse la de tamaño siguiente al menor.
- Cuando el medico se equivoca cantidad, debe entregarse el tamaño inmediato inferior.



## AUTORIZACIONES

Serán válidas las autorizaciones de recetas, **únicamente para producto PAÑALES**, figurando firma y sello de médico auditor habilitado, detallado a continuación:

**La autorización podrá encontrarse en la receta original, o bien en la receta fotocopiada, acompañada siempre por la receta original. La farmacia deberá adjuntar ambas para presentación de liquidación.**

Provincia	Médico/a	Matrícula
CABA, Gran Bs As Córdoba, Mendoza, Catamarca, La Rioja San Luis	Dra. LLado Valeria	36320/4
Corrientes	Dr. Ybarra Candia Andres Marciano	5944
Misiones	Dr. Franco Carlos Anibal	3207
San Juan	Dra. Agüero Laura Ester	2833
Santa Fe	Dr. Lotto Guillermo Andres	10868
Tucumán	Dr. Fernandez Ernesto César	1922

La receta se debe dispensar sin validar, con la Declaración Dispensa Manual correspondiente

### DDM - Carga de productos varios

Código Alternativo	Código de Barra o Troquel	Descripción
88032	7788032	Pañales

## DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
  - De acuerdo al orden de prescripción.
  - Incluyendo el código de barras.
  - Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).



- Número de orden de la receta.
- Fecha de Venta.
- Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico Alfabeta o Agenda Farmacéutica Kairos) las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario.
- Sello y firma de la farmacia.
- 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).
- Consignar los importes: Unitarios y Totales, TOTAL GENERAL, A CARGO de OSSACRA, A CARGO Afiliado. Si en el ticket de venta que se adjunta a la receta figuran todos los datos requeridos no será necesario transcribir los mismos a la receta, no obstante tanto la receta como el ticket deberán estar firmados por el afiliado o tercero.
- Adjuntar copia del ticket de venta a la receta.



## PRESENTACIÓN

### SE DEBE REALIZAR CIERRE DE LOTE Y CIERRE DE PRESENTACIÓN ON LINE Y PRESENTAR LAS CORRESPONDIENTES CARÁTULAS


- consultar en página IMED fechas de cierre on line.
- El plazo de presentación es **45 días de corrido a partir de la fecha de dispensa** e incluyendo la misma, sin excepción.
- Validez para refacturación: 45 días corridos a partir de haber recibido la liquidación.

RECORDAR QUE LOS DÉBITOS **NO** SON REFACTURABLES, SALVO ERRORES INHERENTES A LA AUDITORÍA O CASOS EXCEPCIONALES AUTORIZADOS POR LA OBRA SOCIAL.

## IMPORTANTE

Toda farmacia tiene la obligación de ajustarse en todo a la Resolución 435/11 del Ministerio de salud de la Nación y las demás normas complementarias como las disposiciones 3683/11 y 1831/12 del ANMAT y Resolución 362/12 de la Superintendencia de Servicios de Salud por las cuales se comprenden mediante el hardware y el software adecuado a satisfacer las normativas y artículos que ellas establecen en función de la trazabilidad de los medicamentos.

## RECETARIO OFICIAL

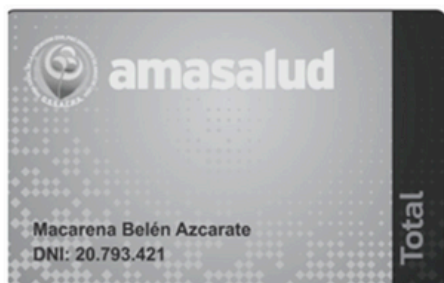
OSSACRA										
Dirección Telf / Fax			Categor. Trib Exento CUIT 30-69637555-7 F inicio act 02-09-1991							
Aflido: 6237000 GOMEZ , VERONICA NOEMI		1400000011		Delegación: MENDOZA		Fecha: 30/03/2015				
24 Años Femenino		Plan: PLAN OS		D.N.I. 35673826						
<b>Diagnóstico Principal y/o Código OMS</b>					<b>Código de Farmacia</b>					
Medicamento Genérico										
Dosis/Día		Dur Trat en días		Cant Env		Entr Env		Prec Pub A cargo OS		
Marca Comercial Forma Farmacéutica / Dosis / Unidad										
<b>Diagnóstico Secundario y/o Código OMS</b>										
Medicamento Genérico										
Dosis/Día		Dur Trat en días		Cant Env		Entr Env		Prec Pub A cargo OS		
Marca Comercial Forma Farmacéutica / Dosis / Unidad										
Prescriptor			Aflido o Tercero			Total Receta				
M.N.		M.P.	Firma y sello		Doc	Nro	Firma		A cargo Aflido	A cargo de la OS
<b>FECHA PRESCRIPCIÓN:</b>						Firma y sello				
Troquel		Troquel		Troquel						
Troquel		Troquel		Troquel		Certifico entrega de los medicamentos facturados				
Fecha :										



# MODELO DE CREDENCIALES



# MODELO DE CREDENCIALES



O.S.S.A.C.R.A.  
 R.N.O.S. 0-0150-8  
 CREDENCIAL PROVISORIA



**MONTOYA, MARIA JOSE**  
 PLAN TOTAL PROFESIONAL

D.U. N° : 33599704  
 FECHA NAC : 18/02/1988  
 VENCIMIENTO : 06/08/2019



Santiago del Estero 347  
 (0351) 4221470 - 4234042

Emitido por Bracamonte, Sílvia

Esta credencial es intransferible y para uso exclusivo del titular. Su uso se rige por los términos y condiciones que se estipulan en la Ley N° 23660 y modificatorias.

Supertendencia de Servicios de Salud 0800 345 2627 (AMAS)