

Ob.SBA

(OBRA SOCIAL CIUDAD DE BUENOS AIRES)

1. AMBITO DE APLICACIÓN

Capital / Prov. Bs. As. / Interior del País

2. DESCUENTOS

Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor vigente al día del expendio, que figuran en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos.

Plan:	A cargo del afiliado:	A cargo de la entidad:
Ambulatorio	50%	50%
PMI	0%	100%
Crónicos	30%-0%	70%-100%

Todas las coberturas SEGÚN VALIDACION ON LINE

3. REQUISITOS DE LA RECETA

Tipo de Recetario:	<p>Electrónico de ObSBA: podrá o no incluir imagen de firma y sello médico. Ver modelos adjuntos</p> <p>Convencional de médico u odontólogo con membrete impreso o sello identificatorio en caso de Centros de Atención, Instituciones, Emergencias, Sanatorios u Hospitales - siempre con firma y sello médico del profesional de puño y letra.</p> <p>Recetarios con prescripciones pre impresas, siempre que los mismos contengan firma del profesional de puño y letra, y el sello original. Es decir el sello y la firma no podrán estar pre impresos en las recetas.</p> <p>Importante: no confundir con Recetario Electrónico de ObSBA.</p>
emergencia Pandemia COVID-19	<p>Durante la emergencia sanitaria las farmacias podrán recibir recetas médicas que hayan sido enviadas a los afiliados a través de cualquier medio digital (e-mail, WhatsApp, etc).</p> <p>El afiliado deberá llevar la receta impresa</p> <p style="background-color: yellow;">Estas recetas que <i>no son originales</i>, deben contar con la leyenda "Emergencia COVID" obligatoriamente. <u>Si no consta dicha leyenda deberán rechazar la receta.</u></p> <p>La farmacia podrá facturar con una fotocopia de la receta, y el afiliado o tercero interviniente deberá dar el conforme (firma, aclaración y DNI) en la fotocopia</p> <p style="text-align: center;">Las recetas deberán ser validadas por Imed como cualquier otra receta.</p>
Datos contenidos en la receta:	<p>Denominación de la Obra Social</p> <p>Nombre, Apellido del afiliado y Número de afiliación</p> <p>Fecha de emisión de la receta.</p> <p>Firma y sello aclaratorio del profesional.</p> <p>Detalle de los medicamentos: indicando monodroga, nombre comercial (no excluyente) y presentación.</p> <p>Cantidades de los medicamentos en números y letras</p>
Validez	
a) para la venta:	30 (treinta) días a partir de la fecha de emisión e incluyendo la misma.
b) para la presentación:	60 (sesenta) días corridos, a partir de la fecha de venta e incluyendo la misma.
c) Para la refacturación:	30 (treinta) días corridos a partir de haber recibido la liquidación. RECORDAR QUE LOS DEBITOS SON NO REFACTURABLES, SALVO ERRORES INHERENTES A LA AUDITORIA
Cantidad de Medicamentos, y tamaños por receta:	<p>Cantidad de unidades: lo prescripto por el profesional y aprobado por la validación</p> <p>Cantidad de renglones: lo prescripto por el profesional y aprobado por la validación</p> <p>Tamaño no especificado: vender la menor presentación.</p> <p>Especifica "grande": vender la presentación siguiente a la de menor tamaño.</p>

Psicofármacos:	Lista II (receta oficial): Lista III y IV (receta archivada):	Receta de Salud Pública Receta adjunta de la institución. Receta oficial por duplicado, con sello y firma del médico, aún estando el sello impreso.
-----------------------	--	---

4. REQUISITOS DEL AFILIADO

Deberá presentar:	Credencial de afiliación en vigencia (Ver punto 9 Credenciales) Receta correspondiente. Documento de identidad.
--------------------------	---

5. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO

La farmacia deberá cumplimentar lo sgte.:	Pegar o abrochar el troquel con su código de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescriptos. Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T. Fecha de dispensación Importes unitarios y totales y porcentaje a cargo de la entidad. Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto. Firma del asociado y aclaración. Firma del tercero, aclaración de firma y número de documento de identidad, el cual deberá ser exhibido. Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico. La farmacia deberá adherir la copia del ticket fiscal de la venta a cada receta.
--	---

6. ENMIENDAS

Recordar:	Las correcciones y enmiendas a la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma. Si en la receta el número de socio estuviese equivocado o incompleto, el farmacéutico podrá salvar cualquiera o todos los dígitos del mismo para que concuerde con el número impreso en la credencial.
------------------	---

7. VALIDACION ON LINE

La validación on line es obligatoria a través de www.imed.com.ar

Si el validador no aprueba la transacción, la receta no podrá ser dispensada, aunque la misma se encuentre autorizada por médico auditor, esto incluye las Ordenes de Dispensa emitidas por la Obra Social

Tener presente que cuando se valida on line se debe ingresar el número de afiliado con la misma cantidad de dígitos pero sin espacios ni guiones.

Para la validación on line de la receta electrónica, se debe ingresar obligatoriamente el número de receta en IMED

Las Farmacias deberán hacer los cierres de lote y cierres de presentación on line.

consultar en página IMED fechas de cierre on line.

8. AUTORIZACIONES

Únicamente podrán recibirse recetas autorizadas por la Obra Social, para producto *DIU no medicamentoso* y *FÓRMULAS MAGISTRALES*. (ver Anexo listado médicos habilitados)

9. CREDENCIALES



10. MODELO RECETA ELECTRÓNICA de ObSBA

El afiliado deberá llevar la receta impresa

Ante cualquier inconveniente con la validación, contactar a la Mesa de Ayuda de Imed al 0810-122-7427, Lunes a Viernes de

8 a 20 hs. Sábados de 9 a 13 h

Nro. de Receta Fecha
920200010053 26/01/2021



920200010053



004139700

Dr. Boris Dominguez
Matrículas: 6546 Nacional , 967564 Buenos Aires
DR DOMINGUEZ
Calle Principal Y 3 Buenos Aires

PACIENTE: Tejada, Raquel
Obra social: OBSBA

Nro. Afiliado: 004139700

DNI: 0271663
Plan: UNICO

MEDICAMENTOS

ALERCAS
120 mg comp.x 10
(fexofenadina)
Envases: 2 (Dos)

CALMADOR CB
caps.x 10
(tramadol)
Envases: 3 (Tres)

Receta de pruebas no válida para dispensa

RECETA DE EMERGENCIA COVID -19
DIAGNOSTICO:
DOLOR FACIAL ATIPICO

Código: G501

Horario: 7am-4pm

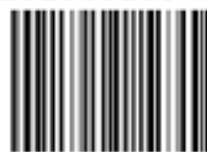
Sábados: 6am-11am

Nro. de Receta Fecha
9202000169485 11/03/2021

Original



9202000169485



0041310014

Firmado digitalmente por: Dr. Dante Oscar Francisco Codinardo
Matrícula: 57600 Nacional

Sanatorio Méndez
Avellaneda 551 Ciudad Autónoma de Bs. As.

PACIENTE: Rodríguez, Eva Laura

Obra social: OBSBA

Nro. Afiliado: 0041310014

DNI: 43873138

Plan: UNICO

MEDICAMENTOS:

GLUCOPHAGE

850 mg comp.x 60

(metformina)

Envases: 1 (Uno)



DIAGNÓSTICO:

LA RECETA DEBE VALIDARSE POR EL SISTEMA ONLINE EN LA FARMACIA
RECETA DE EMERGENCIA COVID -19

FARMANDAT S.A.

Jorge Newbery 1519. Piso 6º - (1426) C.A.B.A.

(011) 5272-1098 / 5272-1097 / 5352-2654

mgalli@farmandat.com.ar / vdiaz@farmandat.com.ar / ccagnin@farmandat.com.ar

gcagnin@farmandat.com.ar

