

Norma de Atención N°: 5636  
Vigencia: 06/03/2024

| FRANQUICIAS (*)   | A CARGO O. SOCIAL | A CARGO AFILIADO | COBERTURA SOBRE       |
|-------------------|-------------------|------------------|-----------------------|
| MEDICAMENTOS (*1) | 40%               | 60%              | VADEMECUM AMBULATORIO |
| TABAQUISMO (*2)   | 70%               | 30%              | LISTADO ADJUNTO (*2)  |
| P.M.I. (*3)       | 100%              | ----             | VADEMECUM AMBULATORIO |

**CREDECIAL** (Ver modelos) (\*4)

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** SI

**TIPO DE RECETARIO**

Oficial: SI (\*5)

Particular: SI (\*6)

Digital: SI (\*7)

**VALIDEZ DE LA RECETA:** 30 (treinta) días corridos, entre la fecha de prescripción y la fecha de expendio. (\*8)

**PSICOFARMACOS:**

Duplicado: SI

Fotocopia: NO

**ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.**

Con sello: SI Manuscrito: NO

**ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES**

Letras y números arábigos: SI

**LIMITACIONES CANTIDAD:**

**RECETARIOS:** Hasta TRES (3) especialidades por receta y hasta una (1) unidad por especialidad. EXCEPTO TABAQUISMO, Dos (2) especialidades por receta.

- Con "TRATAMIENTO PROLONGADO" (de puño y le-

tra del profesional): Hasta dos (2) unidades.

- **Antibióticos inyectables monodosis:** Hasta cinco (5) unidades.

- **Antibióticos inyectables multidosis:** Lo requerido, Combinando la menor cantidad de envases posible.

**LIMITACIONES TAMAÑO**

**Si indica contenido y potencia:** Lo requerido.

**Si no indica:** El menor.

**Si indica la palabra "GRANDE":** El inmediato siguiente al menor.

**Si erra contenido:** El inmediato inferior al indicado.

**ESPECIALIDADES EXCLUIDAS**

- PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO FIGUREN EN EL VADEMECUM AMBULATORIO [Excepto ver (\*) c y d]

**CONFECCION DE RECETARIO POR FARMACIA: (\*9)**

**ENMIENDAS SALVADAS:**

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por el afiliado: SI (errores de expendio)

**PRESENTACIÓN**

Planilla Oficial de ADMIFARM por Triplicado (\*10)

## REQUERIMIENTOS PARA REALIZAR VENTAS DE P.M.I. Y CON COBERTURA DEL 40% DE DESCUENTO

|                  | <u>PLAN MATERNO INFANTIL</u>   | <u>CON 40% DE DESCUENTO</u>   |
|------------------|--|---|
| <b>CREDECIAL</b> | Tarjeta Magnética color ocre con inscripción P.M.I. ó Credencial Digital color ocre con inscripción P.M.I. | Tarjeta Magnética color Azul / Credencial Digital color Azul ó Carnet Provisorio. |
| <b>RECETARIO</b> | Recetario Oficial /Recetario Particular  | Recetario Oficial /Recetario Particular   |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p><b>CONFECCION DE LA RECETA<br/>(debe contener como mínimo)</b></p> | <p>a- Número de CUIL del afiliado<br/>c- Nombre completo del afiliado<br/>e- Prescripción de medicamentos con la monodroga<br/>g- Cantidad en número y letras<br/>i- Indicar tratamiento prolongado si corresponde<br/>k- Fecha de prescripción<br/>l- Firma y sello del medico<br/>m- DIAGNOSTICO</p> | <p>b- Número de CUIL del afiliado<br/>d- Nombre completo del afiliado<br/>f- Prescripción de medicamentos con la monodroga<br/>h- Cantidad en número y letras<br/>j- Indicar tratamiento prolongado si corresponde<br/>n- Fecha de prescripción<br/>o- Firma y sello del medico<br/>p- DIAGNOSTICO</p> |
| <p><b>CONTROL<br/>Receta Versus<br/>Credencial Habilitada</b></p>     | <p>Deben coincidir plenamente los datos de la tarjeta magnética con los del recetario, es decir:<br/>CUIL . Tarjeta = CUIL . Receta<br/>Apellido-Nombre . Tarjeta = Apellido - Nombre . Receta</p>   | <p>Corroborar que coincidan plenamente el N° de CUIL de la receta, con el número de CUIL del carnet provisorio o tarjeta magnética azul.</p>   |

## (\* FRANQUICIAS

- Ante cualquier inquietud con relación a la atención de los afiliados de Sanidad (ESPECIALIDADES EXCLUIDAS, RECETARIOS HABILITADOS, TARJETAS y AFILIADOS INHABILITADOS, etc.), vuestra farmacia, podrá llamar al servicio de atención gratuita de Sanidad al siguiente teléfono: 0800-999-7264 (las 24 hs. del día, los 365 días del año).
- Se deberán aceptar aquellas recetas que posean medicamentos que no figuren en el vademécum (excepto leches de todo tipo), siempre y cuando, lleven la firma y sello del **Director Médico y/o Auditor Médico** de cada una de las Delegaciones.
- De no poseer la farmacia stock de los medicamentos incluidos en el vademécum, se faculta a la sustitución por otro producto que contenga idénticas características y de MENOR o IGUAL VALOR que el consignado en él.
- Toda RECETA ó PRESCRIPCIÓN MEDICA** deberá efectuarse en forma **obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento** o denominación común internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis unidad, con detalle del grado de concentración.

## (\*1) MEDICAMENTOS 40%

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando indistintamente a <http://cronicos.nutrar.com>, <http://validacionesag.com/> o bien a través de los sistemas de facturación integrados.

Les rogamos prestar especial atención a los principios activos y cantidades autorizadas, debido a que dichos consumos son monitoreados por el **Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas prevalentes (Nutrar)**. Ante cualquier consulta inherente a lo mencionado, podrán comunicarse al **0810-345-6887**

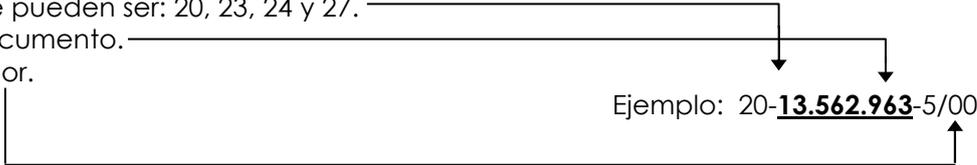
## **Especificaciones de Ventas para afiliados con 40% de Descuento**

### **MUY IMPORTANTE:**

El Número Beneficiario o de C.U.I.L., formado por:

- Dos dígitos que pueden ser: 20, 23, 24 y 27.
- Número de Documento.
- Dígito verificador.

Ejemplo: 20-13.562.963-5/00



En ambos casos, los dos últimos dígitos identifican el parentesco del grupo familiar:

- /00 - Indica que es un Titular
- /01 - Indica que es un Cónyuge
- /02..11 - Indica que es un Hijo

- Si el adquirente fuese un tercero, deberá presentar, además de la documentación del titular dispuesto en la presente, su propio D.N.I. e indicar domicilio y teléfono en la receta.
- La farmacia consignará al dorso de la receta: domicilio, número de D.N.I. y la firma del adquirente.
- Deberán cumplimentar lo anteriormente citado aunque la receta se encuentre previamente autorizada.**
- De no coincidir alguno de estos aspectos o de no presentar documento del afiliado titular: **LA VENTA NO DEBERA SER EFECTUADA CON DESCUENTO.**

**NOTA: SE PERMITIRAN 2 (DOS) RECETAS POR MES CALENDARIO. En aquellos casos que el beneficiario necesite superar esta cantidad, él mismo puede solicitar autorización al 0800-999-7264, sin tener que retirarse de la Farmacia y validando la venta en el momento.**

**También las delegaciones de OSPSA, tendrán el sistema que permite autorizar topes de venta en Farmacia.**

### **(\*2) TABAQUISMO**

Las recetas relacionadas con el PROGRAMA DE TABAQUISMO deberán contar con AUTORIZACION de la Obra Social, mediante firma y sello del **Director Médico y/o Auditor Médico** de cada una de las Delegaciones.

Los únicos medicamentos con cobertura son los que se detallan en el LISTADO ADJUNTO.

### **(\*3) PLAN MATERNO INFANTIL**

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando indistintamente a <http://cronicos.nutrar.com>, <http://validacionesag.com/> o bien a través de los sistemas de facturación integrados.

Les rogamos prestar especial atención a los principios activos y cantidades autorizadas, debido a que dichos consumos son monitoreados por el **Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas prevalentes (Nutrar)**. Ante cualquier consulta inherente a lo mencionado, podrán comunicarse al **0810-345-6887**

## **Especificaciones de Ventas para afiliados del P.M.I.**

### A) **COBERTURAS:**

**Para la MADRE:** Desde el tercer (3er.) mes de gestación y hasta el primer (1er.) mes posterior al parto.

**Para el NIÑO:** Hasta el año de vida.

### **MUY IMPORTANTE !!:**

- No se aceptará la venta de leches (enteras, en polvo o Maternizadas o Medicinales, (ESPECIALES) a beneficiarios de la Obra Social.
- Los productos comerciales en forma farmacéutica comprimidos, tabletas, cápsulas y grageas, NO GOZAN de descuento para la cobertura de recién nacidos (menores de un -1- año) del 100% P.M.I..

**NOTA: SE PERMITIRAN 3 (TRES) RECETAS POR MES CALENDARIO. En aquellos casos que el beneficiario necesite superar esta cantidad, él mismo puede solicitar autorización al 0800-999-7264, sin tener que retirarse de la Farmacia y validando la venta en el momento.**

**También las delegaciones de OSPSA, tendrán el sistema que permite autorizar topes de venta en Farmacia.**

## **(\*4) CREDENCIAL**

De acuerdo a los modelos que se informan para cada descuento (P.M.I. ó 40% Descuento).

**IMPORTANTE:** CREDENCIALES DIGITALES, Siempre será necesario la presentación del **DNI**, junto a la Credencial Digital.

## **(\*5) RECETARIO**

- Todas las recetas deberán llevar fecha de vencimiento.
- La validez de la receta no deberá superar la fecha de vencimiento.

**MUY IMPORTANTE DESCUENTOS MIXTOS:** A partir de la fecha de vigencia de la presente normativa, **se podrán aceptar recetarios con descuentos mixtos (40%/70%)**. Los mismos deberán estar organizados de la siguiente manera:

- Se realizará una fotocopia del recetario.
- Se facturará en el recetario original el producto que posea el mayor descuento.
- En la fotocopia se facturará el producto de menor descuento. Se deberá indicar en forma manuscrita que el recetario original se encuentra en la presentación del 70%.
- Obligatoriamente deberán ser presentados en el mismo periodo.**

**P.M.I. - PLAN MATERNO INFANTIL - 100% de Descuento SOLO CON TARJETA Magnética COLOR OCRE ó con CREDENCIAL DIGITAL COLOR OCRE.**

Deberán controlar CUIL y Código de Parentesco, y el Apellido y Nombre (que deben coincidir completamente con los de la tarjeta magnética).

DE NO COINCIDIR EXACTAMENTE AMBOS NUMEROS NO SE DEBE REALIZAR LA VENTA.

**NOTA:**

Ante cualquier duda con respecto a la Delegación a la cual pertenece vuestra Farmacia, rogamos tengan a bien, comunicarse con nuestro DEPARTAMENTO DE FARMACIAS al siguiente número telefónicos:

011 - 5254-9050

**(\*6) RECETARIOS PARTICULARES**

**VÁLIDOS PARA TODOS LOS PLANES:**

c) De CUALQUIER HOSPITAL NACIONAL, PROVINCIAL, MUNICIPAL, CENTROS MEDICOS, CLINICAS Y SANATORIO con membrete ORIGINAL.

d) De CUALQUIER MEDICO con membrete preimpreso en ORIGINAL.

**Los mismos deberán contener mínimamente los siguientes datos:**

- q- Número de CUIL del afiliado
- r- Nombre completo del afiliado
- s- Prescripción de medicamentos con la monodroga
- t- Cantidad en número y letras
- u- Indicar tratamiento prolongado si corresponde
- v- Fecha de prescripción
- w- Firma y sello del médico.
- x- Diagnóstico

**(\*7) RECETARIO DIGITAL**

Se acepta recetario digital. Ver modelos página 9 y 10.

**(\*8) VALIDEZ DE LA RECETA**

Verificar la fecha de vencimiento de la receta.

b) **ADICIONALES**

Verificar en el recetario la existencia de la fecha de prescripción.

**(\*9) CONFECCION DE RECETAS**

a) Por cada especialidad vendida (renglón) consignar el precio total de esa especialidad (precio unitario por cantidad vendida).



Norma de Atención N°: 5636  
 Vigencia: 06/03/2024

## MODELO DE RECETARIO

a) TAMAÑO 25,5 X 11,4 CM., CON BORDES TROQUELADOS, NUMERO PREIMPRESO DEBAJO DEL RECUADRO EN COLOR ROJO



3700-00476966

3700-00476966

## MODELO DE RECETARIO

b) TAMAÑO 27,9 X 21,5 CM., SIN BORDES TROQUELADOS, NUMERO PREIMPRESO DEBAJO DEL RECUADRO EN COLOR AZUL



0100-01290997

0100-01290997

## MODELO DE RECETARIO

|  Obra Social del Personal de la |  |  ARGENTINA |                      | <b>PRESCRIPCIÓN MEDICAMENTOS</b><br>*** PARA LA FARMACIA *** |   |
|--|--|---|----------------------|--|---|
| R.N.O.S. 1-1950 TEL. San Juan 2954 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1148)                                      |  |   |                      |  |   |
| N° DE BENEFICIARIO: 27128802962/00   |  |   | FILIAL: Buenos Aires |  |   |
| NOMBRE Y APELLIDO: VIERA, ADRIANA  |  |   | DNI: 12880296        |  |   |
| DESCUENTO: 70%   |  | EDAD: 64  |                      | SEXO: F  |   |
| DOMICILIO: GUAYAQUIL   |  |   | 520 4 TE: 4901-5191  |  |   |
| LOCALIDAD - PROVINCIA: CAPITAL FEDERAL Ciudad Autónoma de Buenos Aires   |  |   |                      |  |   |
| DIAGNOSTICO 1:   | HIPERTENSION ARTERIAL                                    |   |                      |  |   |
| DIAGNOSTICO 2:   |  |   |                      |  |   |
| DIAGNOSTICO 3:   |  |   |                      |  |   |
| DIAGNOSTICO 4:   |  |   |                      |  |   |
| DIAGNOSTICO 5:   |  |   |                      |  |   |
| <b>CORRESPONDE TRATAMIENTO PROLONGADO</b>  |  |   |                      |  |   |
| TRATAMIENTO INDICADO   |  |   |                      |  |   |
| Rp   | MEDICAMENTO  | UxT   | TxD                  | DxS  | Indicaciones  |
| Rp1  | BISOPROLOL 2.5mg Comp. Rec. x 30 (CONCOR). Env.: 2 (das) | 1   | 1                    | 7  |   |
| Rp2  |  |   |                      |  |   |
| Rp3  |  |   |                      |  |   |
| _____<br>FIRMA Y SELLO MEDICO TRATANTE   |  | _____ / ____ / ____<br>FECHA  |                      |  |   |
|  |  |   |                      |  | <br>279568 |

## MODELO DE RECETARIO DIGITAL



Receta de emergencia Covid-19

### Datos del paciente

Nombre: Farid Murzone  
DNI: 35123123  
Obra social: FATSA  
Planc: 123  
Número de afiliado: 123123123

### Rp/

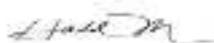
| Cantidad  | Producto  | Presentación      | Droga | Indicaciones           |
|-----------|-----------|-------------------|-------|------------------------|
| 1 - [una] | BAGOVIT A | Classic orx 200 g | vita  | Indicaciones de usa... |



9203060549941

### Médico

Nombre: AYELEN DOC  
Matrícula: 455646



### Fecha

10:06 23/06/2022

Contacta: [info@uma-health.com](mailto:info@uma-health.com) - 0800-888-3637

[www.umasalud.com](http://www.umasalud.com) - Melián 2752, CABA, Argentina

Norma de Atención N°: 5636  
Vigencia: 06/03/2024

**OSPSA SANIDAD** PRESCRIPCIÓN MEDICAMENTOS  
\*\*\* PARA LA FARMACIA \*\*\*  
R.N.O.S. 1-1980 TEL. 4943-9400 VENEZUELA 2209 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires 12091

N° DE BENEFICIARIO: 2098765432102 FILIAL: Buenos Aires  
NOMBRE Y APELLIDO: AFEJADO, TURITO DNI: 98765432  
DESCUENTO: 40% EDAD: 7 SEXO:  
DOMICILIO: TE 45678910  
LOCALIDAD - PROVINCIA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
DIAGNOSTICO 1: sin valor, es prueba.  
DIAGNOSTICO 2:  
DIAGNOSTICO 3:  
DIAGNOSTICO 4:  
DIAGNOSTICO 5:

| Re  | MEDICAMENTO  | Un | Fx | Dia | Indicaciones |
|-----|--|----|----|-----|--------------|
| Rp1 | GLUCOSAMINA + FORTADTEROL Caps. p/oral x 100 mg aplc (NEUMOTEROL 200) Env.: 1 (un) | 1  | 1  | 7   | tp 1         |
| Rp2 | EMILAPREL 23mg Comp. x 80 (LIDTRAL) Env.: 1 (un)                                   | 1  | 1  | 7   | tp 2         |
| Rp3 | GLUCOSAMINA + FORTADTEROL Caps. p/oral x 100 mg (NEUMOTEROL 200) Env.: 1 (un)      | 1  | 1  | 7   | tp 3         |

Firmado por: Fretel Angel  
MFI 123456  
Organización: OSPSA  
Servicio:  
Fecha: 15/08/2023 11:42:03  
B.P.

15 / 08 / 2023

FORMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FECHA

**OSPSA SANIDAD** PRESCRIPCIÓN MEDICAMENTOS  
\*\*\* PARA LA FARMACIA \*\*\*  
R.N.O.S. 1-1980 TEL. 4943-9400 VENEZUELA 2209 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires 12091

N° DE BENEFICIARIO: 2098765432102 FILIAL: Buenos Aires  
NOMBRE Y APELLIDO: AFEJADO, TURITO DNI: 98765432  
DESCUENTO: 40% EDAD: 7 SEXO:  
DOMICILIO: TE 45678910  
LOCALIDAD - PROVINCIA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
DIAGNOSTICO 1: sin valor, es prueba.  
DIAGNOSTICO 2:  
DIAGNOSTICO 3:  
DIAGNOSTICO 4:  
DIAGNOSTICO 5:

| Re  | MEDICAMENTO  | Un | Fx | Dia | Indicaciones |
|-----|--|----|----|-----|--------------|
| Rp1 | GUETIAFINA 100mg Comp. Rec. x 60 (GUETIA 100) Env.: 1 (un)                   | 1  | 1  | 7   | tp 4         |
| Rp2 | SUMATRIPTAN 70mg Comp. Rec. x 4 (SUMATRIPTAN 70) Env.: 1 (un)                | 1  | 1  | 7   | tp 5         |
| Rp3 | ALIBERIO HIDROXIDO + NACOXILO HIDROXIDO Susp. x 100ml (MIGATRO) Env.: 1 (un) | 1  | 1  | 7   | tp 6         |

Firmado por: Fretel Angel  
MFI 123456  
Organización: OSPSA  
Servicio:  
Fecha: 15/08/2023 11:42:03  
B.P.

15 / 08 / 2023

FORMA Y SELLO MEDICO TRATANTE

FECHA

## CREDENCIALES DIGITALES

**OSPSA SANIDAD**  
FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA

20-33173454-4/00  
MAMANI DAMIAN  
01.00 DNI 33.173.454  
Código de seguridad 402 57  
¿Que es esto? Vto: 29/4/2020

**OSPSA SANIDAD**  
FEDERACION DE ASOCIACIONES DE TRABAJADORES DE LA SANIDAD ARGENTINA

PLAN MATERNO INFANTIL  
27-20215400-5/02  
SOSA TOMAS  
01.00 DNI 54.120.777  
Código de seguridad 593 58  
¿Que es esto? Vto: 29/4/2020

## CREDENCIAL DIGITAL WEB



Token de seguridad que se actualiza automáticamente cada 5 min

Acceso al código QR o Datamatrix

Deslizando hacia la izquierda se accede a las credenciales del grupo familiar

OSPSA SANIDAD ARGENTINA  
PRUEBA USUARIO  
20-12345678-9/00  
DNI 12.345.678 Filial 01.00  
Plan PL1  
Token: 299  
QR DATAMATRIX  
COMPARTIR CREDENCIALES SELECCIONADAS  
El uso de la credencial es exclusivo de su titular y sólo presentarse con el documento de identidad.



OSPSA SANIDAD ARGENTINA  
SHEENA PRUEBA SCHARVO  
27-23878472-2/02  
DNI 70.000.001 Filial 01.00  
Plan PL0 Plan Materno  
Token: 985  
QR DATAMATRIX  
COMPARTIR CREDENCIALES SELECCIONADAS  
El uso de la credencial es exclusivo de su titular y sólo presentarse con el documento de identidad.