



**OSSACRA**  
**Obra Social del Sindicato de Amas de**  
**Casa de la Republica Argentina**



**NORMA OPERATIVA 02-05-2024**

**1. DESCUENTOS A CARGO DE OSSACRA**

| PLAN          | COBERTURA |
|---------------|-----------|
| Ambulatorio   | 40%       |
| Plan Materno  | 100%      |
| Plan Infantil | 100%      |
| Cronicidad    | 70-100%   |

El descuento se realiza a los afiliados vigentes en la Obra Social según validación on line. Si la receta fuera rechazada por afiliado inexistente, afiliado no válido, o el producto no fuera autorizado por el sistema de validación, el mismo deberá concurrir a la Obra Social para regularizar su situación.

**2. DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO**

Credencial según modelo adjunto, Documento de Identidad y Receta

**3. PLAN MATERNO INFANTIL**

|                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Mujeres Embarazadas:</b><br><b>Hasta un mes despues del parto:</b> | ☀ 100% Para todos los productos incluidos en el vademécum PM, según validacion on line<br>☀ Fuera del Vademécum PM rigen los descuentos habituales 40% para todos los productos incluidos en el vademécum ambulatorio, según validación on line |
| <b>Niños Hasta el 1º Año de vida:</b>                                 | ☀ Descuento del 100% para todos los productos incluidos en el vademécum ambulatorio en sus presentaciones pediátricas, según validación on line                                                                                                 |
| <b>Leches:</b>                                                        | ☀ Según validación on line.                                                                                                                                                                                                                     |

**4. RECETARIO**

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>TIPO:</b>    | Recetario oficial, de médicos particulares, instituciones siempre que contengan membrete. <i>No se acepta propaganda médica.</i><br>De hospitales públicos (nacionales, provinciales o municipales) que cuenten con la identificación pre impresa o sello con los datos del mismo.<br><b>Siempre en todos los casos, conteniendo firma y sello de puño y letra.</b><br><b>Receta electrónica AMANDA CARE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>VALIDEZ:</b> | <b>Únicamente la receta oficial electrónica</b> , podrá ser presentada por el afiliado a <i>través de imagen en celular</i> . La farmacia deberá validar on line ingresando OBLIGATORIAMENTE el número de receta, y podrá presentar para la facturación solamente el ticket con los troqueles adjuntos y conformidad de expendio (firma, aclaración, DNI).<br><b>30 (treinta) días</b> a partir de la fecha de prescripción e incluyendo la misma<br>Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional y con la misma tinta:<br>☀ Apellido y Nombre del Beneficiario<br>☀ Denominación de la Obra Social<br>☀ Número de Beneficiario (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").<br>☀ Medicamentos recetados por principio activo (ley 25649), detallando tamaño y cantidad de cada uno con eventual sugerencia de marca comercial<br>☀ Firma y sello con número de matrícula del profesional. |

**NORMA OPERATIVA 02-05-2024**

- ☼ Fecha de Prescripción
- ☼ Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.
- ☼ Diagnostico

**5. LÍMITES DE CANTIDADES**

|                                             |                                                                      |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>CANTIDAD DE RENGLONES:</b>               | 2 (dos). De diferentes principios activos                            |
| <b>ENVASES POR RENGLON:</b>                 | lo prescripto por el profesional y aprobado por la validción on line |
| <b>ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS:</b>  | Hasta 5 (cinco) por receta                                           |
| <b>ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS:</b> | Hasta 1 (uno) por receta                                             |

**6. OTRAS ESPECIFICACIONES**

|                                    |                                          |
|------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Cuando el Médico:</b>           | <b>Deberá Entregarse:</b>                |
| No especifica cantidades           | El envase de menor contenido             |
| Sólo indica la palabra grande      | La presentación siguiente a la menor     |
| Equivoca la cantidad y/o contenido | El tamaño inmediato inferior al indicado |

**7. VALIDACION ON LINE**

**La validación on line es obligatoria a través de [www.imed.com.ar](http://www.imed.com.ar)**

El número de afiliado es el DNI, por lo tanto para validar las recetas se deberá poner dicho número, anteponiendo tantos ceros como sean necesarios hasta completar los 11 (once) dígitos.

ejemplo: si el DNI es 21.852.479 - se pondrá 00021852479

es de carácter **obligatorio** realizar los **cierres de lote y cierres de presentación On Line** en el sistema IMED.

**8. AUTORIZACIONES**

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

**La autorizacion 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.**

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

| Provincia                                                                | Médico/a                          | Matrícula |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| CABA, Gran Bs As<br>Córdoba, Mendoza,<br>Catamarca, La Rioja<br>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      |

**9. DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA**

- ☼ Adjuntar los troqueles del siguiente modo:  
De acuerdo al orden de prescripción.  
Incluyendo el código de barras.

**NORMA OPERATIVA 02-05-2024**

Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido 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 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 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.

**10. PRESENTACION**

**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 DEBITOS NO SON REFACTURABLES, SALVO ERRORES INHERENTES A LA AUDITORIA 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 compreten mediante el hardware y el software adecuado a satisfacer las normativas y artículos que ellas establecen en función de la trazabilidad de los medicamentos.

**11. MODELO RECETARIO**

| <b>OSSACRA</b>                                      |  |                                                                        |  |                                                                                       |  |                   |  |
|-----------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|--|
| Dirección<br>Telf / Fax                             |  | Categoría Trib Exento<br>CUIT 30-69637555-7<br>F Inicio act 02-09-1991 |  |  |  |                   |  |
| Afiliado: 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          |  |
|                                                     |  |                                                                        |  |                                                                                       |  |                   |  |
| Marca Comercial Forma Farmacéutica / Dosis / Unidad |  |                                                                        |  |                                                                                       |  |                   |  |
|                                                     |  |                                                                        |  |                                                                                       |  |                   |  |
| <b>Diagnóstico Secundario y/o Código OMS</b>        |  |                                                                        |  |                                                                                       |  |                   |  |
| Medicamento Genérico                                |  |                                                                        |  |                                                                                       |  |                   |  |
|                                                     |  |                                                                        |  |                                                                                       |  |                   |  |
| Marca Comercial Forma Farmacéutica / Dosis / Unidad |  |                                                                        |  |                                                                                       |  |                   |  |
|                                                     |  |                                                                        |  |                                                                                       |  |                   |  |
| Prescriptor                                         |  | Afiliado o Tercero                                                     |  | Total Receta                                                                          |  |                   |  |
|                                                     |  |                                                                        |  | A cargo Afiliado                                                                      |  |                   |  |
|                                                     |  |                                                                        |  | A cargo de la OS                                                                      |  |                   |  |

**NORMA OPERATIVA 02-05-2024**

| PL.PE.                     | M.P. | Fecha y sexo | DOC | NRO     | Fecha | A cargo de la OSA                                |
|----------------------------|------|--------------|-----|---------|-------|--------------------------------------------------|
| <b>FECHA PRESCRIPCION:</b> |      | Troquel      |     | Troquel |       | Firma y sello                                    |
| Troquel                    |      | Troquel      |     | Troquel |       | Certifico entrega de los medicamentos facturados |
|                            |      |              |     |         |       | Fecha :                                          |

**MODELO RECETA ELECTRONICA**



Obra Social de la Asociación Civil PRO SINDICATO DE AMAS DE CASA DE LA REPUBLICA ARGENTINA

Número de Receta



9728716761541

Número de Afiliado



16761543

---

**Paciente:** María Stella

**N° de afiliado:** 16761543      **DNI:** 16761543

**Cobertura:**

**Plan:** Social

---

**Rp./**      **Emergencia COVID-19**

T4 MONTPELLIER 112  
levotiroxina | 112 mcg comp.x 50 | 1 Caja = uno

**Diagnóstico:** Hipotiroidismo

**Tratamiento prolongado**

ESTA RECETA CUMPLE LA NORMATIVA DE PRESCRIPCION Y REQUISITOS DE RECETA ELECTRONICA.



Firmado digitalmente por:  
Marial Elena Cismondi  
MP 40003

**Fecha:** 15/12/2023

---

Santiago del estero 333. Capital (5000)  
delegacion.cordoba@ossacra.org.ar  
0351.4231569 / 0810.777.7227



amanda  
amanda-care.com



**OSSACRA**  
Obra Social del Sindicato de Amas de  
Casa de la Republica Argentina



NORMA OPERATIVA 02-05-2024

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

## 12. MODELO CREDENCIAL



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



Santiago del Estero 347



**OSSACRA**  
**Obra Social del Sindicato de Amas de**  
**Casa de la Republica Argentina**



**NORMA OPERATIVA 02-05-2024**

**MONTOYA, MARIA JOSE**  
**PLAN TOTAL PROFESIONAL**

D.U. N° : 33599704

FECHA NAC : 18/02/1988

VENCIMIENTO : 06/08/2019

(0351) 4221470 - 4234042

Emitido por Bracamonte, Silvia

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.

Supertintendencia de Servicios de Salud 0800 345 2627 (AMAS)