

(20/08/2025)

VALIDACIÓN ON LINE

Todos los planes se deben validar on line, excepto plan “Receta autorizada”, que se facturará en forma manual y se incluirá en la Declaración de Dispensa Manual para su presentación, en Farmalink.

Se ingresan los 16 dígitos que figuran en la credencial en el campo Número de Afiliado.

PLANES Y DESCUENTOS

|                       | a/c<br>Obra<br>Social | a/c<br>Benefi-<br>ciario | Con<br>Form.<br>Ter. | Con<br>Manu<br>al<br>Fco. |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------|---------------------------|
| Plan general          | X%                    | Y%                       | SI (1)               | NO                        |
| Receta Autorizada (2) | X%                    | Y%                       | NO                   | SI                        |

- (1) Formulario terapéutico de OSSEG.
- (2) Deben contar con autorización física (en papel adjunto o en la misma receta) de OSSEG donde indique medicamento y porcentaje de cobertura. Se publican modelos de autorización al final de la presente norma.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

| PRESCRIP-<br>CIÓN<br>Por nombre | DIAG<br>NOST<br>ICO | RECETA   | VALI<br>-<br>DEZ<br>REC.  | TRO-<br>QUEL | FIRMA Y<br>ACLARAC.<br>DEL MEDICO |
|---------------------------------|---------------------|--|---|--------------|-----------------------------------|
| GENERICO                        | NO                  | PARTICUL<br>AR o<br>DIGITAL<br>(A-B-C-D-<br>G) | 30<br>Días,<br>inclu<br>yend<br>o la<br>fecha<br>de<br>emisi<br>ón. | SI (E-<br>F) | Sello: SI<br>Manuscrito: SI       |

- A) Receta convencional con membrete impreso de médico particular, institución médica o sello identificatorio en caso de Centros de atención, Sanatorios u Hospitales.
- B) Se aceptarán recetarios preimpresos por computadora siempre y cuando el sello y firma del profesional prescriptor sea en original.
- C) La receta deberá contener denominación de la entidad o membrete (si es Plan Integral Adherente en las recetas puede aparecer “Activa Salud” tanto como “Osseg” y el plan denominado como “AS-480 OSSEG

INTEGRAL ADHERENTE” o “INTEGRAL ADHERENTE”) y de puño y letra del médico:

- C-1) Apellido y nombre del afiliado.
- C-2) Plan de afiliación
- C-3) Número de afiliado: ambos números que figuran en la credencial son válidos y podrán figurar en la receta indistintamente.
- C-4) En el caso del PMI, el médico deberá colocar sexo y edad del afiliado. (Puede ser completado por el farmacéutico actuante en caso de omisión.)
- C-5) Fecha de emisión de la receta LEGIBLE.
- C-6) Firma, número de matrícula y sello aclaratorio del profesional. Deberán consignarse con la misma tinta todos los datos.
- C-7) Detalle de los medicamentos prescritos bajo la nominación genérica de la droga.
- C-8) Cantidades de los medicamentos en números y letras
- D) El afiliado o tercero interviniente, debe prestar conformidad de lo/s medicamento/s recibido/s con los siguientes datos: firma, aclaración, DNI, domicilio y teléfono.
- E) No colocar cinta adhesiva sobre el troquel. Adherirlos con pegamento.
- F) Si el medicamento no tuviera troquel se colocará la sigla S/T.  
Recetas indicadas a niños menores de 30 días podrán estar con el nombre y número de afiliado de la madre.
- G) Recetas electrónicas: Cuentan con un código de barra, y debajo de éste un número, el que debe cargarse en el campo número de receta al momento de validar.
- H) Adjuntar a la receta copia del Ticket fiscal.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

|  |       |
|--|-------|
| MEDICAMENTOS POR RECETA<br>(Rp x Rec.) | 3 (a) |
|--|-------|

- a) Se cuentan repetidos.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

| TAMAÑO (a-d-e-f-)     | CANTIDAD        |
|-----------------------|-----------------|
| CHICO o UNICO         | 4 por receta, b |
| SUBSIGUIENTE AL CHICO | 1               |

(20/08/2025)

|                              |                 |
|------------------------------|-----------------|
| GRANDE (3º TAMAÑO o más)     | 3 por receta, c |
| ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS  | 5               |
| ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS | 2               |

- a) Se debe especificar la concentración, unidades y tamaño de cada medicamento. Cuando el profesional no especifique claramente concentración y/o unidad y/o tamaño, se entregará el de menor concentración y/o unidad y/o tamaño, según corresponda.
- b) 2 envases por renglón.
- c) 2 envases por renglón.
- d) Cuando el profesional prescriba grande sin otra especificación, se dispensará el tamaño subsiguiente al chico.
- e) Cuando un medicamento tenga una presentación UNICA se considerará como tamaño chico.
- f) De no poseer en stock el tamaño grande y si el afiliado presta conformidad, podrán expendirse 2 envases chicos, siempre y cuando la cantidad sumada de éstos no supera la indicada originalmente por el médico.

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- a) Productos venta libre.
- b) Fórmulas magistrales y homeopáticas
- c) Productos no incluidos en el Manual Farmacéutico o Kairos.
- d) Todo producto que no esté registrado como especialidad medicinal y que no esté en estas exclusiones.
- e) Accesorios médicos y Material descartable:
  - elementos quirúrgicos- aparatos ortopédicos, materiales durables de uso médico (instrumental, jeringas, cánulas, lancetas, aguja, cintas o telas adhesivas, etc.) y material sanitario (gasas, algodón, vendas, apósitos, alcohol, agua oxigenada, pañales.) Artículos de caucho, latex, plástico o PVC, cepillos, atomizadores, inhaladores, vaporizadores, punzadores, nebulizadores, aerocámaras, fajas, corsets, bragueros, irrigadores, solventes, adhesivos limpiadores de prótesis etc.
  - Productos para determinaciones de carácter biológico (ej. Tiras reactivas en sangre u orina, etc.). La provisión para pacientes diabéticos comprendidos en la Resol 423/2018 Secretaria de gobierno de Salud y modificatorias y complementarias, se realiza a través de OSSEG con previa Auditoría.
  - Bolsas colostomía, urostomía e ileostomía se realiza a través de OSSEG con previa Auditoría.

- Productos dietéticos y Alimenticios (aun cuando contengan sustancias medicamentosas y estén registrados como especialidades medicinales)
  - Edulcorantes
  - Fibras dietarias
  - Nutrición parenteral
  - Sales modificadas
  - Suplementos dietarios
  - Nutrición enteral
  - Electrolitos
  - Aporte de glucosa
  - Soluciones parenterales
  - Leches maternizadas enteras y/o descremadas en cualquier presentación.
- f) Fórmulas dermatológicas faciales y/o corporales de uso estético:
  - Cremas, Emulsiones y/o lociones aun cuando estén registrados como especialidades medicinales.
  - No serán reconocidas las siguientes composiciones asociadas o no:
    - VIT A
    - VIT E
    - Alantoina.
    - Anticelulíticos reductores
    - Productos antiseborreicos.
    - Producto para el tratamiento de cicatrices.
    - Productos dermoaclarantes en todas sus presentaciones.
    - Bronceadores y/o activadores de la pigmentación
    - Protectores y pantallas solares
    - Callicidas, pastas, polvos o líquidos dentífricos, tinturas y productos capilares, sustancias y productos desodorizantes, jabones y champúes de uso cosmético
- g) Medicación con reintegro S.U.R.:
  - Comprende aquellos principios activos contemplados en la Resol 1200/14 y todas las modificatorias y complementarias (ejemplos: inmunosupresores por transplantes, hormona de crecimiento, medicación y alimentación empleadas en la fenilcetonuria, Interferon, Ribavirina, Adalimumab, Etanercept, Riluzole, Copolímero, Factor VII y VIII, Medicación Antiretroviral, Octreotide,Somatotropina Se proveen exclusivamente con previa Auditoría de OSSEG)
- h) Medicamentos con auditoria médica previa de Osseg.

|   |  |
|---|--|
| (20/08/2025)  |  |
| <div><ul style="list-style-type: none"><li>Análogos LH-RH</li><li>Citostáticos – Antineoplásicos</li><li>Hormonoterapia Antineoplásica</li><li>Medicación para tratamiento de la OSTEOPOROSIS: ACIDO ZOLEDRONICO, DENOSUMAB Y TERIPARATIDA</li><li>Drogas para el tratamiento de fertilidad asistida</li><li>Productos para el tratamiento de la obesidad (droga orlistat, etc).</li><li>Dispositivos intrauterino liberador de hormona, Dispositivo intrauterino de cobre.</li><li>Tratamiento para la diabetes con cobertura 100%</li><li>Testosterona con cobertura 100% según ley de identidad de género.</li><li>Todo aquel medicamento que contenga el principio activo misoprostol en cualquiera de sus presentaciones y concentraciones</li><li>Productos para el tratamiento de cesación tabáquica (de acuerdo al programa nacional de control de tabaco)</li></ul></div> <div>i) Otros:<ul style="list-style-type: none"><li>Anestésicos</li><li>Anorexígenos</li><li>Producto para el tratamiento esclerosante Ej. Hidroxipolietoxidodecano.</li><li>Antialopepicos.(Ej: finasteride 1 mg.)</li><li>Productos con Ginseng y/o Guaraná.</li><li>Productos con acciones terapéuticas como: Bioenergizante, Antiestrés. Antioxidantes Complementos de actividades deportivas, Energizantes Psicofísicos.</li><li>Anabólicos en cualquier presentación.</li><li>Productos para disfunción sexual y/o eréctil</li><li>Estimulantes del crecimiento de faneras.</li></ul></div> <div>j) VACUNAS Excluidas de todos los planes<ul style="list-style-type: none"><li>•LAS VACUNAS QUE SE HALLEN CONTEMPLADAS EN EL CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN EMITIDO POR EL MINISTERIO DE SALUD SERÁN EXCLUSIVAMENTE PROVISTAS POR ENTIDADES PÚBLICAS DE ACUERDO AL CRONOGRAMA ETÁREO QUE EN EL MISMO SE DETALLA y con cobertura del 100%</li><li>• Vacuna herpes zoster (sin cobertura)</li></ul></div> | <div>y/o vademécum según el plan, vigente al momento de la dispensa.</div> <div>b) En Plan Materno Infantil, leches medicamentosas no más de 4 kg por mes hasta los 3 meses de edad con cobertura 100%. Las recetas se deberán validar on line.</div> <div>c) VACUNAS Incluidas;<ul style="list-style-type: none"><li>Plan Básico y Salud: Según vademécum, cobertura 40%</li><li>Planes Integral, Integral adherente y Especial: Vacunas que no se hallen contempladas en el calendario nacional de vacunación serán reconocidas con el descuento correspondiente a cada plan. (Ej: Antineumocócicas 23 valencias, Antitetánicas, Antimeningocócicas, etc.).</li><li>Vacunas prescritas fuera del cronograma etáreo del Calendario Nacional serán reconocidas con el descuento correspondiente a cada plan (Ej: Doble adultos, Hepatitis B en adultos, Hepatitis A, etc.)</li></ul></div> |
| LEY DE GENÉRICOS  |  |
|   | <div>a) Al prescribirse por <u>nombre genérico (monodroga)</u> se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescrita que tenga igual concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada incluido en el formulario terapéutico (en el plan que lo utilice) o en su defecto en Manual Farmacéutico o Guía Kairos.</div>  |
| TRAZABILIDAD  |  |
|   | <div>Se deberá dar cumplimiento a todos los requisitos administrativos exigidos por la Autoridad Nacional de competencia en relación a la trazabilidad de los medicamentos.</div>  |
| AFILIACIÓN  |  |
|   | <div>Se acredita con credencial oficial (tarjeta plástica con banda magnética), en la que se indica el plan.</div>   |
| ENMIENDAS   |  |
|   | <div>El farmacéutico, de ser necesario, podrá completar o salvar alguno de los siguientes datos:<ul style="list-style-type: none"><li>Número de afiliado de 16 dígitos y/o plan de afiliación del mismo: si estos datos no se hallasen podrán ser salvados en la receta por el farmacéutico.</li></ul></div>   |
| PRODUCTOS RECONOCIDOS   |  |
| <div>a) Se cubrirán los productos de venta bajo receta que figuren en el Manual Farmacéutico y/o Agenda Kairos</div>  |  |

(20/08/2025)

- De existir alguna enmienda hecha por el farmacéutico en los importes, ésta deberá estar salvada con la firma del afiliado y su aclaración, al frente y al dorso de la receta.
- Los cambios evidentes en la tinta o letra que detalla los importes a cargo de OSSEG y/o del afiliado, así como la fecha de venta, estarán salvadas convenientemente por el farmacéutico y el afiliado.
- En recetas de PMI deberá figurar la sigla PMI, indicando edad y sexo. En caso de omisión, puede ser completado por el farmacéutico actuante.

PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS

Se pueden presentar hasta 120 DIAS de la fecha de dispensación

PRESENTACIÓN DE LA FACTURACIÓN

Recuerde que una receta se considera validada por el sistema de validación cuando, además de haber sido aprobada en línea, la misma se incluya en el cierre de lote y cierre de presentación correspondiente. En este cierre de presentación se deberán incluir tanto las recetas validadas y aprobadas en línea como las informadas en la DDM (Declaración de Dispensa Manual).

Se hace agrupando las recetas por:

- A) PLAN GENERAL ON LINE
- B) PLAN GENERAL MANUAL (DDM)
- C) REFACTURADAS

Refacturadas: Deberán presentarse las recetas a refacturar separadas de la presentación del mes en curso.

Para refacturar una receta se deberá contar con autorización de la entidad (la cual debe adjuntarse a la receta) o con indicación de Farmalink, gestionados cualquiera de las dos por Colegio.

La receta a refacturar deberá cargarse como Declaración de Dispensa Manual (DDM), para lo cual deberá tener en cuenta lo siguiente:

- Se deberá respetar las fechas de prescripción y de venta de la receta original.

- Si el rechazo fue de la receta en su totalidad, deberá cargar la receta entera con los mismos importes y porcentaje de cobertura informados en la presentación original.
- Si el rechazo fue parcial (un solo Rp) deberá cargar únicamente el producto debitado con el mismo importe y porcentaje de cobertura originales.
- Indicar (tildar) en la DDM que se cargará una receta refacturada en el campo “Refacturación”.

(20/08/2025)

MODELOS DE AUTORIZACIÓN

Modelo de Autorización vía correo electrónico (siempre proviene de un mail institucional de osseg):

At. Prestador farmacéutico/a:

Por la presente se autoriza la provisión de la siguiente medicación:

• Nombre y apellido:

• Número de AFILIADO

• Droga, concentración, presentación y cantidad:

• Porcentaje de cobertura a cargo de OSSEG:

• Autorización válida hasta:

Número de control interno de autorización de OSSEG:

NOTA: adjuntar el presente a la facturación y presentarlo como Declaración de dispensa manual.

Nombre de la persona autorizante

Nombre de la Delegación de la Obra social

Modelo de Autorización impresa:



At. Prestador farmacéutico/a:

Por la presente se autoriza la provisión de la siguiente medicación:

• Nombre y apellido:

• Número de AFILIADO

• Droga, concentración, presentación y cantidad :

• Porcentaje de cobertura a cargo de OSSEG: XXX %

• Autorización válida hasta:

Número de control interno de autorización de OSSEG

NOTA: adjuntar el presente a la facturación y presentarlo como Declaración de dispensa manual.

CONSIGNAR:

NOMBRE DE LA DELEGACIÓN: \_\_\_\_\_

PERSONA QUE AUTORIZA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_


MODELOS DE CREDENCIALES

(20/08/2025)



(20/08/2025)

|  |  |
|--|--|
| <p><b>OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD DE SEGUROS REASEGURO, CAPITALIZACION Y AHORRO Y PRESTAMO PARA LA VIVIENDA / RNOS 6-0090-1</b></p> <p>SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS DATOS CORRESPONDEN A UN AFILIADO PERTENECIENTE A ESTA OBRA SOCIAL.</p> <p>NOMBRE: _____<br/>DOCUMENTO: 381      AFILODO No: _____<br/>PLAN: SACCO 35 3, UNICUT<br/>FECHA DE VALIDEZ: DESDE 31/07/21 HASTA 31/07/21</p> | <p>ESTA CERTIFICACION HACE LAS VECES DE CREDENCIAL DEL AFILIADO PARA TODOS SUS EFECTOS, EN LA VIGENCIA PREVIAMENTE DETERMINADA EN ESTE FORMULARIO.</p> <p>(El/los datos personales que aparecen en este formulario deberán ser corroborados ante la presentación del documento de identidad del afiliado)</p> <p>FECHA: 31/07/21 Firma: _____</p> <p>SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD<br/>WWW.SISALUD.GOV.AR 0800-223SALUD(7383)</p> |
| <p><b>OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD DE SEGUROS REASEGURO, CAPITALIZACION Y AHORRO Y PRESTAMO PARA LA VIVIENDA / RNOS 6-0090-1</b></p> <p>SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS DATOS CORRESPONDEN A UN AFILIADO PERTENECIENTE A ESTA OBRA SOCIAL.</p> <p>NOMBRE: _____<br/>DOCUMENTO: 381      AFILODO No: _____<br/>PLAN: SACCO 35 3, UNICUT<br/>FECHA DE VALIDEZ: DESDE 31/07/21 HASTA 31/07/21</p> | <p>ESTA CERTIFICACION HACE LAS VECES DE CREDENCIAL DEL AFILIADO PARA TODOS SUS EFECTOS, EN LA VIGENCIA PREVIAMENTE DETERMINADA EN ESTE FORMULARIO.</p> <p>(El/los datos personales que aparecen en este formulario deberán ser corroborados ante la presentación del documento de identidad del afiliado)</p> <p>FECHA: 31/07/21 Firma: _____</p> <p>SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD<br/>WWW.SISALUD.GOV.AR 0800-223SALUD(7383)</p> |
| <p><b>OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD DE SEGUROS REASEGURO, CAPITALIZACION Y AHORRO Y PRESTAMO PARA LA VIVIENDA / RNOS 6-0090-1</b></p> <p>SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS DATOS CORRESPONDEN A UN AFILIADO PERTENECIENTE A ESTA OBRA SOCIAL.</p> <p>NOMBRE: _____<br/>DOCUMENTO: 381      AFILODO No: _____<br/>PLAN: SACCO 35 3, UNICUT<br/>FECHA DE VALIDEZ: DESDE 31/07/21 HASTA 31/07/21</p> | <p>ESTA CERTIFICACION HACE LAS VECES DE CREDENCIAL DEL AFILIADO PARA TODOS SUS EFECTOS, EN LA VIGENCIA PREVIAMENTE DETERMINADA EN ESTE FORMULARIO.</p> <p>(El/los datos personales que aparecen en este formulario deberán ser corroborados ante la presentación del documento de identidad del afiliado)</p> <p>FECHA: 31/07/21 Firma: _____</p> <p>SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD<br/>WWW.SISALUD.GOV.AR 0800-223SALUD(7383)</p> |
| <p><b>OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD DE SEGUROS REASEGURO, CAPITALIZACION Y AHORRO Y PRESTAMO PARA LA VIVIENDA / RNOS 6-0090-1</b></p> <p>SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS DATOS CORRESPONDEN A UN AFILIADO PERTENECIENTE A ESTA OBRA SOCIAL.</p> <p>NOMBRE: _____<br/>DOCUMENTO: 381      AFILODO No: _____<br/>PLAN: SACCO 35 3, UNICUT<br/>FECHA DE VALIDEZ: DESDE 31/07/21 HASTA 31/07/21</p> | <p>ESTA CERTIFICACION HACE LAS VECES DE CREDENCIAL DEL AFILIADO PARA TODOS SUS EFECTOS, EN LA VIGENCIA PREVIAMENTE DETERMINADA EN ESTE FORMULARIO.</p> <p>(El/los datos personales que aparecen en este formulario deberán ser corroborados ante la presentación del documento de identidad del afiliado)</p> <p>FECHA: 31/07/21 Firma: _____</p> <p>SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD<br/>WWW.SISALUD.GOV.AR 0800-223SALUD(7383)</p> |
| <p><b>OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD DE SEGUROS REASEGURO, CAPITALIZACION Y AHORRO Y PRESTAMO PARA LA VIVIENDA / RNOS 6-0090-1</b></p> <p>SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS DATOS CORRESPONDEN A UN AFILIADO PERTENECIENTE A ESTA OBRA SOCIAL.</p> <p>NOMBRE: _____<br/>DOCUMENTO: 381      AFILODO No: _____<br/>PLAN: SACCO 35 3, UNICUT<br/>FECHA DE VALIDEZ: DESDE 31/07/21 HASTA 31/07/21</p> | <p>ESTA CERTIFICACION HACE LAS VECES DE CREDENCIAL DEL AFILIADO PARA TODOS SUS EFECTOS, EN LA VIGENCIA PREVIAMENTE DETERMINADA EN ESTE FORMULARIO.</p> <p>(El/los datos personales que aparecen en este formulario deberán ser corroborados ante la presentación del documento de identidad del afiliado)</p> <p>FECHA: 31/07/21 Firma: _____</p> <p>SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD<br/>WWW.SISALUD.GOV.AR 0800-223SALUD(7383)</p> |



**OSSEG INTEGRAL**

00000000000000000000

FERRE, JOAN NATORÉ      P.º 999.999.999.44

D.N.I. 99.999.999      00000-AUM

Página 1 de 1

**CENTRO DE ATENCIÓN AL AFILIADO**  
0800-223-SALUD

**INFORMACIÓN DE URGENCIAS**  
(031) 8222-0379  
[www.osseg.org.ar](http://www.osseg.org.ar)

Superintendencia de Servicios de Salud / Órgano de Control  
0800-223-SALUD (7383) | [osseg@sssa.gov.ar](mailto:osseg@sssa.gov.ar)