

(27/08/2025)

BONIFICACIÓN

Las farmacias harán un 2,5% de bonificación sobre el 100% de la receta.

VALIDACIÓN ON LINE DE RECETAS

Todas las recetas deberán llevar autorización. On line.

Validar con el CUIL del afiliado más la denominación familiar (ej: 24-56521900-3/00; Cargar 2456521900300).

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
Ambulatorio (2)	40% 50%	60% 50%	SI	NO
Patologías Crónicas (2)	Según on line		SI	NO
Plan Materno Infantil (1-3)	100%	0%	NO	SI
Autorizaciones Especiales (3-4)	X%	Y%	NO	SI

- Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- Vademécum de OSDEPYM.
- La receta deberá llevar autorización previa de la obra social indicando porcentaje de cobertura. Válido para recetas que no cumplan con todos los requisitos: ej: beneficiario fuera de padrón, productos dentro de la cobertura pero autorizados con un porcentaje mayor, etc.

ANTICONCEPTIVOS: Nuevos recetarios APTO (ver modelo al final de la Norma) para la entrega de anticonceptivos orales y su validación como Autorización Especial al 100%. Las órdenes que se emitan a través del sistema APTO que contengan la leyenda PROGRAMA ACO INICIAL o PROGRAMA ACO CRONICO no requieren autorización previa.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIPCIÓN Por nombre	DIAGNOS TICO	RECETA	VALI - DEZ REC.	TRO- QUE L	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENÉRICO	SI	OFICIAL o PARTICU LAR (A-B- C-E)	30 Días (F)	SI (D)	Sello: SI Manuscrito: NO

- Oficial con membrete de Osdepym, o particular (no propaganda médica)
- Para patologías crónicas el recetario puede ser particular u oficial.
- Para el Plan Materno Infantil debe contar con la frase "PLAN MATERNO INFANTIL" impresa o con sello.
- Troquel con código de barras.
- Con cada receta se debe adjuntar el ticket fiscal de venta y el ticket de validación On Line.
- Recetarios de patologías crónicas, tratamientos prolongados y Autorizaciones especiales: 10 días desde la fecha de autorización.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	2 (a)
--	-------

- a) NO se cuentan repetidos.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

TAMAÑO (a-b)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	2
SUBSIGUIENTE AL CHICO	1
GRANDE (3º TAMAÑO o más)	1
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	1

- a) En una misma receta NO pueden coexistir dos medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- Tratamiento para el Sida.
- Antihemofílicos.
- Tratamiento Esclerosis múltiple, Fibrosis quística, Artritis reumatoidea,
- Fabry, Pompe,
- Oncológicos,
- Tratamiento Hepatitis B y C,
- Hormona de crecimiento,
- Inmunomoduladores
- Infectología de alto costo
- Alimentos
- Tratamiento fertilidad
- Venta libre.
- Fórmulas Magistrales y Leches excepto con autorización de auditoría médica, indicando la cantidad y tipo autorizado
- Anticonceptivos: excepto con autorización de auditoría médica.

MEDICOS AUDITORES

En el caso del interior del país, son válidas las autorizaciones que indiquen "Auditoría Médica OSDEPYM" por más que el autorizante no figure en la lista.

Cuando el PVP del medicamento oscile entre \$130001 y \$180000 deberá estar autorizado por la obra social mediante firma y sello de alguno de los siguientes autorizantes:

Listado actualizado de autorizantes (Centro de Beneficiarios)				
AGUIRRE MABEL	CORDOVA CINTHIA	GOMEZ CECILIA	PARRA MOISES	SOLIS SOLANGE
ALABARCEZ MEUSA	CHISCA CAROLINA	GONZALEZ PATRICIA	PERRONE SABRINA	YOPOLU YANINA
ALCARAZ MAXIMILIANO	D'ANGELO ORNELA	INSAURRALDE SOLEDAD	PLASENCIA PAMELA	ZALDUENDO PABLO
ANTONUCCI TOMAS	DR. NUÑEZ JUAN PABLO	JAIUREGUI FRANCO	RAMIREZ MARIA FLORENCIA	TELLO ERICA
ARANDA SILVINA	DR. TRIANTAFILO HARRY	JACOMELLI MARTIN	REINOSO MAHUEL	
AVILES NICOLAS	DUARTE ANALIZ	JUSTO MIRIAM	ROJAS SEBASTIAN	
BARBERI ORNELLA	FERRO DIAZ	LOPEZ BLASCO SOL	ROSSI GISELA	
BASILE NATALIA	FIGUEROA SILVINA	MANSILLA VANESA	RUIZ LEANDRO	
BURGOS CAROLINA	GARCIA GERMAN	OLIVA DIEGO	SARACENO MARINA	
BUSTAMANTE LUCIO	GHSIO MARIANA	OLIVERA MAXIMILIANO	RUPPEL NICOLAS	
CAMPOS JULIA	GIACOBONE LUZ	PANIAGUA PATRICIO	SCHUNK ALEJANDRA	
CANSINOS SANDRA	GONZALEZ MARIANA	PATANE SHARON	SOLIS DANIELA	

Cuando el PVP del medicamento supere los \$180001 deberá contar con Autorización de la Obra Social emitida por alguno de los siguientes autorizantes:

(27/08/2025)

Myriam Justo	Sebastián Rojas
Natalia Basile	Sol López Blasco
Ornella Barberi	Jacomelli Martin
Pablo Zaldueño	

En los casos en que el afiliado se presente con un formulario de autorización emitido por OSDEPYM, la farmacia al momento de validar deberá ingresar como número de receta el código de autorización que figura en el formulario.

Autorizaciones N° 1621340

EMPADRONAMIENTO DE BEBES. REQUIERE VALIDACIÓN ONLINE

Autorización N° 1621340 Fecha Autorizada: 07/12/2021 Fecha Recibido: 07/12/2021 Recibido Por: migarcia

Estado: A - Abierta Episodio:

DATOS AFILIADO

Cod. Tañar: Apellido y Nombre: DU: 01 OSDEPYM Sector

Edad: 63,9 Condición: O Plan: P900 Grupo: PYME Modo Ingreso:

DATOS DEL MEDICO PRESCRIPTOR

MONICA GARDES Maticula Duración tratamiento: 120 días

DATOS PRESTADOR

Ape. y Nombre: Prestador de cartilla, Prestador de cartilla

Código: Detalle Dosis Diaria Desc.Autoriz. Estado Fecha Serv. Válido Hasta

enmendado)" firmando y sellando el médico nuevamente lo salvado.

Por ninguna razón se aceptará, con cargos a las entidades, recetas con enmiendas, raspaduras o agregados con distinta lapicera, sino están salvados expresamente por el profesional prescribiente.

- b) Todas las enmiendas que se hagan en el sector de la receta destinado a la farmacia, deberán ser salvadas y el afiliado deberá firmar y aclarar su firma, avalando dicha salvedad.

AFILIACION

Se acredita con Credencial oficial y DNI. PMI: comprobante de empadronamiento

PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS

Se pueden presentar hasta 60 DIAS de la fecha de dispensación

FACTURACIÓN

Validación y cierre por OBSERVER Las recetas deben estar correctamente acondicionadas para su digitalización.

ENMIENDAS

- a) Toda enmienda hecha en la prescripción deberá ser salvada por el médico tratante bajo leyenda: "Digo(lo

MODELO RECETARIO ANTICONCEPTIVO

Dr. J. Fontana .a
MEDICINA GENERAL y/o MEDICINA DE FAMILIA

Apellido y Nombre: [] la
Obra Social: OSDEPYM - Afiliado Nro: [] - Plan: PERSONAL
DNI: []

- DROSPIRENONA 3mg + ETINILESTRADIOL 0,03mg, COMPREC.X 28
Cantidad: 3 (tres) unidades
Ref: ISIS

Diagnóstico Presuntivo: ACO CRONICA
Observaciones/Indicaciones: ACO INICIAL

Urgencia []
Domicilio []
Tratamiento Prolongado []

Firma: [Firma manuscrita]

Dr. Jimena Fontana
M.M. 167528

Certificación Apto - Firma electrónica [QR]

Fecha de Emisión: 07/03/2023
Emergencia COVID-19

Nro. identificador de prescripción
1678215572832

No necesitan firma autorizante, la sola presentación de la receta es válida. Deberán validarse en el plan Autorizaciones Especiales. Estos recetarios son válidos que contengan la firma y el sello del médico en formato digital.