

(25/11/2025)

BONIFICACIÓN

BONIFICACIONES: (calcular sobre precio de venta al público)

- Insulinas e Hipoglucemiantes inyectables 15%
- Hipoglucemiantes orales 10%
- Lancetas y Tiras Reactivas 10%
- Jeringas y Agujas 10%
- Medidores de Glucosa 10%

VALIDACIÓN ON LINE

Todas las recetas, a excepción del Plan Autorizaciones Especiales y Vacuna Antigripal del plan No docente, deberán llevar autorización On line. Para lo cual se ingresa el número de afiliado completo, sin guiones.

Para obtener la autorización On Line, se deberá seguir el instructivo correspondiente (Guías de Validación de Cía. de Servicios Farmacéuticos).

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter. (2)	Con Manu al Fco.
Plan Ambulat PMO ó Básico-MEDIMÁS-Estudiantes-Pasantes-Docente	40%	60%	SI (2)	NO
Plan Integral	40%	60%	SI (2)	NO
Plan Premium	50%	50%	SI (2)	NO
Plan No Docente UN	40% 70%	60% 30%	SI (2)	NO
Anticonceptivos (4)	100%	0%	SI	NO
Plan Materno Infantil (1-3)	100%	0%	NO	SI
Cobertura Pacientes con Patologías Crónicas, Hipoglucemiantes Orales, Tiras Reactivas de Glucosa en Sangre e Insulinas (6)	MF (6) o 100%	MF (6) o 0%	NO	SI
Autorizaciones Especiales (5)	X%	Y%	NO	SI

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- (2) Formulario terapéutico de la Obra Social.
- (3) El recetario debe decir la leyenda PMI. Requiere validación on line obligatoria, y ya no necesita autorización de OSFATUN.

- (4) Las afiliadas deben estar empadronadas previamente. Validación on line obligatoria.
- (5) No se valida. La autorización puede venir en un fax adjunto o mediante sello y firma en la receta, e indicando porcentaje de cobertura. Debe estar firmada y sellada por alguno de los médicos cuyo listado se anexa a la presente norma. Su facturación requiere una DDM, la que debe reflejar fielmente los datos de la prescripción en cuanto a: fechas, matrícula medica, etc.; De lo contrario puede sufrir débitos.
- (6) Sólo tendrán cobertura del 100 % o un MF (Monto Fijo) aquellos afiliados que figuren empadronados. El MF el sistema lo calcula en base a un precio de referencia según Resolución 27/2022 del Ministerio de Salud de la Nación.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOST ICO	RECETA	VALI - DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENERICO	NO	PARTICUL AR o ELECTRÓN ICA (A – B – D-E-F)	30 días	SI (C)	Sello: SI Manuscrito: NO

- A) La receta deberá llevar de puño y letra del médico:
- A-1) Nombre de la Entidad-“OSFATUN”.
- A-2) Nombre y apellido del paciente
- A-3) Número de afiliado
- A-4) Medicamentos recetados por principio activo indicando una marca sugerida, incluida en el Vademécum.
- A-5) Cantidad de cada medicamento.
- A-6) Firma y sello con número de matrícula y aclaración.
- A-7) Fecha de prescripción.
- B) Debe incluir membrete impreso del médico o de Centros de Atención, Instituciones, Emergencias, Sanatorios u Hospitales.
- No se aceptarán recetarios SIN MEMBRETE (por ej: recetarios en blanco, de publicidad de medicamentos, etc).

(25/11/2025)

- C) Se deberá colocar la sigla “S/T” si no tuviese troquel. Adherirlos en el orden en que fueron prescriptos. Y con adhesivo en barra (NO abrochadora NI cinta).  
Deben estar en perfecto estado, sin diferencias en tamaño del troquel para un mismo producto, y sin impresiones ni sellos de cualquier tipo de leyendas.
- D) Adjuntar ticket fiscal, documento no fiscal Homologado, o Facturas A, B o C.
- E) Conformidad de quien retira: es inviable que personal vinculado a la farmacia sea quien firme en conformidad por la dispensa de los productos.
- F) Son válidos los recetarios electrónicos o digitales, con firma y sello digital y con código de barra, nro de receta, QR, etc. El afiliado debe concurrir a la farmacia con el recetario impreso y la farmacia cargar todos los datos correspondientes al momento de ingresar para validar.  
O pueden tener la prescripción pre impresa (en computadora) y no tener el código de barra, el número de receta y el QR, pero en este caso deben tener la firma y sello del médico en original. En este caso el afiliado también debe presentarlo impreso en la farmacia.  
Se muestran modelos de recetarios al final de la presente norma.

MEDICAMENTOS POR RECETAS	
MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	3 (a)

- a) NO se cuentan repetidos.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO	
TAMAÑO (a)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	3
SUBSIGUIENTE AL CHICO	3
GRANDE (3º TAMAÑO o más)	3
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	1 (b)

- (a) Cuando el médico solo prescribe “grande” se entrega la presentación siguiente a la menor.

Si indica la palabra “grande” y la leyenda “tratamiento prolongado”, se entregará el tercer tamaño.  
Si equivoca la cantidad y/o contenido, se entrega el tamaño inmediato inferior al indicado.

- (b) Cuando el envase tenga más de 1 (una) ampolla, se entregará el menor número posible de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas. Por ejemplo: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expendirse hasta 3 envases (total= 6 ampollas).

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- a) Medicamentos excluidos del vademecum.  
b) Leches.

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) Medicamentos incluidos en vademécum  
b) En Autorizaciones Especiales, reconoce aquellos medicamentos incluidos en el vademécum de OSFATUN, con la debida autorización de la obra social.  
c) En Plan Materno Infantil, medicamentos relacionados con el embarazo o puerperio

LEY DE GENÉRICOS

- a) Si se prescribe por nombre genérico (monodroga) se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescripta, en la concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada, incluido en el vademecum.

ENMIENDAS

- a) Todas las enmiendas y/o correcciones 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.  
b) Toda enmienda y/o corrección hecha en la prescripción deberá ser salvada por el médico tratante bajo leyenda: “Digo .....(lo enmendado)” firmando y sellando el médico nuevamente.

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.

AFILIACIÓN

(25/11/2025)

Se acredita con Credencial.

NOMBRE, APELLIDO Y N° DE AFILIACION

Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia debe repetirlo al dorso, en forma clara y correcta, indicando junto al número consignado por el médico la frase “ver al dorso”. El beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad.

PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS

Se pueden presentar hasta 60 DIAS de la fecha de dispensación.

PRESENTACIÓN DE LAS RECETAS

Las recetas que se validan on line deben presentarse separándolas por porcentaje de cobertura, de acuerdo a como el sistema separa las recetas en las respectivas carátulas.

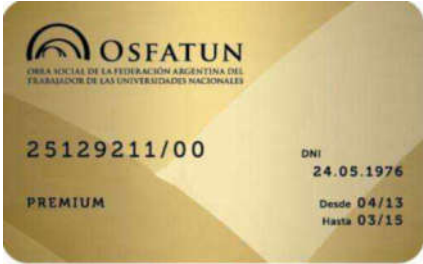
Las recetas que no se validan On Line deben cargarse en la web del validador como declaración de dispensa manual y generar un lote con esas recetas.

LISTADO DE AUTORIZANTES

Las únicas personas que podrán efectuar autorizaciones son:

- BARROS, GABRIELA
- LINZEY, MARÍA JOSEFINA;
- NATAN, ALBERTO;

MUESTRA DE CREDENCIALES



(25/11/2025)

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

Afiliado N°: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DU: \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD  
ORGANO DE CONTROL

Autorización: \_\_\_\_\_

OSFATUN

OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES

MEDIMÁS

Sistema Mutual de Salud

Plan 100 Delegación CABA

Call Center: 0800-666-5173

MEDIMÁS

Sistema Mutual de Salud

OSFATUN

OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES

Plan SIGBA Delegación CABA

Call Center: 0800-666-5173

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_

Afiliado N°: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DU: \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD  
ORGANO DE CONTROL

Autorización: \_\_\_\_\_

OSFATUN

Nuestro plan es Cuidarte

PLAN uni 1000

#Nuestro plan es cuidarte

OSFATUN

Nuestro plan es Cuidarte

PLAN uni 2000

#Nuestro plan es cuidarte

OSFATUN

Nuestro plan es Cuidarte

PLAN uni 3000

#Nuestro plan es cuidarte

OSFATUN

Nuestro plan es Cuidarte

PLAN uni 4000

#Nuestro plan es cuidarte

OSFATUN

OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION ARGENTINA DEL TRABAJADOR DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES

Medical Assistance

NO DOCENTE UNIV

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha Nac: \_\_\_\_\_

Af. Nro: \_\_\_\_\_ ingreso: \_\_\_\_\_

Credencial digital

MEDIMÁS

SOL DEL

N° Afiliado/a

DNI:

Plan:

Condición de IVA:

Prestador corrobore con documento

Es válido el siguiente modelo de credencial correspondiente a afiliados del plan NO DOCENTE en tránsito. Debe verificarse su habilitación a través del sistema de validación online y proceder a su atención de acuerdo a las normas vigentes

MEDIMÁS

Sistema Mutual de Salud

2322

ARNAUNDIN,

DU

O.S.: OSFATUN

F.Ingreso: 01/08/2021

Válido desde: 13/12/2021

F.Nac:

Plan: 100

No Gravado

Válido hasta: 12/01/2022

(25/11/2025)



(25/11/2025)

RECETARIOS ELECTRÓNICOS VÁLIDOS

00673

928

AMP

Asesoramiento Médico Platense

Guillermina Lemus Larraide

MÉDICO

Matrícula Prov.:118157

Paciente:

DNI:

OSFATUN

PLAN:

Nº Credencial:

Sexo:

F. Nacimiento:

Rp:

ISIS FREE SIN ESTROGENOS - drospirenona - comp.rec.x 28 - Tratamiento Prolongado

Cantidad: 1 (uno)

Diagnóstico: ACO

Esta receta cumple la normativa de prescripción y requisitos de receta electrónica.

Guillermina Lemus Larraide

Especialista En Medicina Física y Rehabilitación - Tratamiento Del Dolor - Medicina Regenerativa

MP 118157 MIN 152.353

22/03/2023

FIRMA Y SELLO

Médico

Guillermina Lemus Larraide

Calle 6 N° 1137/35 (1900) - La Plata - Buenos Aires - Argentina

Osfatun

Con esta receta (digital o impresa) podrá adquirir su medicación en cualquier farmacia adherida a la red de farmacias de Osfatun. Receta Electrónica emitida en plataforma LemaRec bajo cumplimiento de las Leyes 17.688, 25.320 y 25.625.

Nro de Receta:

Código de atención:

Datos del paciente:

Nombre y apellido:

Nro de Afiliado:

Obra social:

Rp:

Diagnóstico: Planificación familiar

Tratamiento prolongado

Fecha: 13-03-2023

Dr. Julio A. Harris

Ginecología y Obstetricia

M.N.80319

Nro de Afiliado:

Nombre y apellido:

Nro de Afiliado:

Obra social:

Rp:

Diagnóstico: Planificación familiar

Tratamiento prolongado

Fecha: 13-03-2023

Dr. Julio A. Harris

Ginecología y Obstetricia

M.N.80319

ISIS FREE SIN ESTROGENOS

drospirenona

comp.rec.x 28

1 Emasee = 1 (UNO)

uma

Receta Medica

Código de entidad

Datos del paciente

Nombre:

DNI:

Obra Social: OSFATUN

Numero de afiliado:

Plan:

Dx

Rp/

Cantidad

Origo

Presentación

Dosis

Indicaciones

Medico

Nombre:

Matrícula:

Fecha

Receta emitida conforme sistema imed/farmalink para la entidad Uma. No aplica para descuentos en farmacias o sistemas de obras sociales no adheridas.