

(29/12/2025)

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

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
 - (2) Vademécum de OSDEPYM.
 - (3) 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

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOS 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

- A) Oficial con membrete de Osdepym, o particular (no propaganda médica)
- B) Para patologías crónicas el recetario puede ser particular u oficial.
- C) Para el Plan Materno Infantil la receta debe contar con la frase “PLAN MATERNO INFANTIL” impresa o con sello.
- D) Troquel con código de barras.
- E) Con cada receta se debe adjuntar el ticket fiscal de venta y el ticket de validación On Line.
- F) 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

- A. Tratamiento para el Sida.
- B. Antihemofílicos.
- C. Tratamiento Esclerosis múltiple, Fibrosis quística, Artritis reumatoidea,
- D. Fabry, Pompe,
- E. Oncológicos,
- F. Tratamiento Hepatitis B y C,
- G. Hormona de crecimiento,
- H. Inmunomoduladores
- I. Infectología de alto costo
- J. Alimentos
- K. Tratamiento fertilidad
- L. Venta libre.
- M. Fórmulas Magistrales y Leches excepto con autorización de auditoría médica, indicando la cantidad y tipo autorizado
- N. 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 \$200001 y \$250000 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	DR. TRIANTAFILO HARRY	JUSTO MYRIAM	RUIZ LEANDRO
ALABARCEZ MELISA	DUARTE ANALIZ	LOPEZ BLASCO SOL	SARACENO MARINA
ANTONUCCI TOMAS	FERRARO DEBORA	MANSILLA VANESA	RUPPEL NICOLAS
ARANDA SILVINA	FIGUEROA SILVINA	OLIVA DIEGO	SCHUNK ALEJANDRA
AVILES NICOLAS	GARCIA GERMAN	OLIVERA MAXIMILIANO	SOLIS DANIELA
BARBERI ORNELLA	GHISIO MARIANA	PATANE SHARON	SOLIS SOLANGE
BASILE NATALIA	GIACOBONE LUZ	PARRA MOISES	YOPOLLO YANINA
BUSTAMANTE LUCIO	GONZALEZ MARIANA	PLASENCIA PAMELA	ZALDUENDO PABLO
CAMPOS JULIA	GOMEZ CECILIA	RAMIREZ MARIA FLORENCIA	
CORDOVA CINTHIA	GONZALEZ PATRICIA	REINOSO NAHUEL	
CHISCA CAROLINA	JAUREGUI FRANCO	ROJAS SEBASTIAN	
DR. NUÑEZ JUAN PABLO	JACOMELLI MARTIN	ROSSI GISELA	

Cuando el PVP del medicamento supere los \$250001 deberá contar con Autorización de la Obra Social emitida por alguno de los siguientes autorizantes:

(29/12/2025)

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

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 Autorizado: 07/12/2021	Fecha Recibido: 07/12/2021	Recibido Por: mdgarcia
Estado: A - Abierta			
Episodio:			
DATOS AFILIADO			
Cod. Titular:	Apellido y Nombre:		DU: 01 OSDEPYM
Edad: 63,9	Condición: O	Plan: P900	Grupo: PYME
Módulo Ingreso:		Sector:	
DATOS DEL MEDICO PRESCRITOR		DATOS PRESTADOR	
MONICA GARDENES Matricula		Ape. y Nombre:	
Duración tratamiento: 120 días		Prestador de cartilla, Prestador de cartilla	
Código:	Detalle:	Dosis Diaria Desc.Autoriz.	Estado Fecha Serv. Válido Hasta

ENMIENDAS

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

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.

MODELO RECETARIO ANTICONCEPTIVO



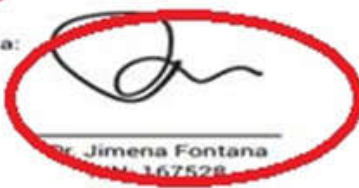
Dr. J. .a
MEDICINA GENERAL y/o MEDICINA DE FAMILIA
1



Apellido y Nombre: .a
Obra Social: OSDEPYM - Afiliado Nro: -3 - 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: 
Dr. Jimena Fontana
Nro. 167528

Certificación Apto - Firma electrónica


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.