

SEMPRE ON LINE

(07/08/2026)

VALIDACIÓN ON LINE

Todos los planes deben validarse on line, los que estarán unificados en un solo plan en el Observer Gestion como “SEMPRE OL general on line”.

PLANES Y DESCUENTOS

Las coberturas definidas por SEMPRE se agrupan en los siguientes planes:

- A) PLAN “A”: Incluye pacientes ambulatorios, eventuales (comunes) y crónicos.
- B) PLAN “B”: Incluye todos los planes especiales.
- C) PLAN “C”: Es un plan de excepción que SEMPRE AUTORIZARÁ A SU CRITERIO.

A continuación se desarrolla cada uno:

PLAN “A”:

PLAN “A”	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form Ter. (1)	Con Manual Fco.
Ambulatorios comunes (Medicamentos de uso eventual) (3-4)	MF(2)	D(2)	SI (1)	NO
Ambulatorios Crónicos Medicamentos para pacientes c/enfermedades crónicas (4)	MF(2)	D(2)	SI (1)	NO

- (1) Formulario terapéutico del ISS – SEMPRE con su correspondiente Anexo de Alternativas Terapéuticas (Medicamentos de Excepción).
- (2) PVP= Precio de Venta al Público
MF= Monto Fijo indicado en el vademécum
D= PVP- MF
- (3) En el caso de que el medicamento –del formulario terapéutico o anexo- tenga indicada la sigla “PE”, corresponde a planes especiales y el medicamento tiene 100% de cobertura a cargo del SEMPRE en dichos planes (Ver PLAN “B”).
- (4) BONIFICACIÓN en el PLAN “A”: Sobre el importe total de la prestación a valor de PVP (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del nueve por ciento (9%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE.

PLAN “B”:

El presente plan configura un régimen especial de coberturas. Contempla la dispensa de los medicamentos con cobertura cien por ciento (100%) a cargo del ISS-SEMPRE sin pago adicional de parte del afiliado, excepto los casos en que se especifique lo contrario.

PLAN “B-1”:

Incluye: Patologías Oncológicas y Oncohematológicas (Códigos CIE 10 correlativos desde el C 00 hasta el C 97 y desde D 37 hasta D 48) con o sin transplante (Z 94.8).

PLAN “B-1”	A/c	a/c	Con	Con
------------	-----	-----	-----	-----

	Obra Social	Benefi- ciario	Form. Ter.	Manu al Fco.
PLAN “B-1.1” Citostáticos, Antineoplásicos e Inmunosupresores, Antieméticos, Factores de Crecimiento, Hematopoyético, incluidos en el Anexo J. (1y3) C/AUTORIZACIÓN	100%	0%	SI (1)	NO
PLAN “B-1.2” Todo medicamento publicado en Manual Farmacéutico. O G. Kairos (4) C/AUTORIZACIÓN	100%	0%	NO	SI
PLAN “B-1.3” Materiales descartables y fórmulas magistrales (2y5) C/AUTORIZACIÓN	100%	0%	SI	NO

- (1) Ver Anexo J del SEMPRE.
- (2) Anexo L del SEMPRE.
- (3) El SEMPRE abonará el valor a su cargo indicado en el Anexo J.
- (4) BONIFICACIÓN: sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.
- (5) El SEMPRE pagará una suma establecida en el Anexo L.

PLAN “B-2”:

Incluye: Diabetes Mellitus (Códigos: E 10 – E 11 y hasta E 14)

PLAN “B-2”	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form Ter.	Con Manua l Fco.
PLAN “B-2.1”: C/AUTORIZACIÓN Insulinas y sus análogos; liraglutida, dulaglutida, glucagón y tiras reactivas incluidas en el Formulario Terapéutico ISS SEMPRE (2)	100%	0%	SI	NO
PLAN “B-2.2”: C/AUTORIZACIÓN ❖ Hipoglucemiantes Orales y antihiper glucemiantes: metformina, glibenclamida, glipizida, gliclazida, glimepirida y las combinaciones orales metformina + glibenclamida y metformina+glimepirida, incluidos en el Formulario Terapéutico ISS SEMPRE (3)	100%	0%	SI	NO
PLAN “B-2.3”: C/AUTORIZACIÓN ❖ Todo medicamento publicado en Manual	100%	0%	NO	SI

SEMPRE ON LINE

(07/08/2026)

Farmacéutico o G. Kairos (3)				
PLAN "B-2.4" C/AUTORIZACIÓN Materiales descartables y fórmulas magistrales incluidos en el ANEXO L (5)	100%	0%	SI	NO
PLAN "B-2.5": C/AUTORIZACIÓN ❖ Inhibidores DPP-4: sitagliptina, vildagliptina y linagliptina y las combinaciones orales metformina+sitagliptina, metformina+vildagliptin a, metformina+linagliptina y otros hipoglucemiantes: repaglinida, incluidos en el Formulario Terapéutico del ISS- SEMPRE (4)	MF(1)	D(1)	SI	NO

- (1)

PVP= Precio de Venta al Público.
MF= Monto Fijo indicado en el vademécum
D= PVP- MF
- (2)

BONIFICACIÓN en el PLAN "B-2.1": Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del veinte por ciento (20%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.
- (3)

BONIFICACIÓN en el PLAN "B-2.2" y "B-2.3": Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.
- (4)

BONIFICACIÓN en el PLAN "B-2.5": Sobre el importe total de la prestación a valor de PVP (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.
- (5)

El SEMPRE pagará una suma establecida en el Anexo L.

PLAN "B-3":

Incluye: Insuficiencia Renal Crónica, (Código N 17 y hasta N 19) con o sin hemodiálisis (Z 99.2) y con o sin trasplante (Z 94.0)

PLAN B-3	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-3.1" Inmunosupresores y Factores de Crecimiento Hematopoyético incluidos en el Anexo J C/AUTORIZACIÓN (1)	100%	0%	SI	NO
PLAN "B-3.2" Todo medicamento publicado	100%	0%	NO	SI

en Manual Farmacéutico. O G. Kairos C/AUTORIZACIÓN (2)				
PLAN "B-3.3 Materiales descartables y fórmulas magistrales incluidos en el ANEXO L C/AUTORIZACIÓN (3)	100%	0%	SI	NO

- (1)

El SEMPRE abonará el valor a cargo indicado en el anexo J.
- (2)

BONIFICACIÓN en el PLAN "B-3.2": Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.
- (3)

El SEMPRE pagará una suma establecida en el Anexo L.

PLAN "B-4:

Incluye: H.I.V positivos y enfermos de SIDA (Códigos B 20 y hasta el B 24)

PLAN B-4	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-4.1" Antivirales de acción sistémica, Antiretrovirales e Inhibidores de proteasas, incluidos en el Anexo J. C/AUTORIZACIÓN (1)	100%	0%	SI	NO
PLAN "B-4.2" Todo medicamento publicado en Manual Farmacéutico. O G. Kairos C/AUTORIZACIÓN (2)	100%	0%	NO	SI
PLAN "B-4.3" Materiales descartables y fórmulas magistrales incluidos en el ANEXO L C/AUTORIZACIÓN (3)	100%	0%	SI	NO

- (1)

El SEMPRE abonará el valor a cargo indicado en el anexo J.
- (2)

BONIFICACIÓN en el PLAN "B-4.2": Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.
- (3)

El SEMPRE pagará una suma establecida en el Anexo L.

PLAN "B-5":

Incluye: Hemofilia A y B (Códigos D 66 y D 67)

PLAN "B-5"	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-5.1"				

SEMPRE ON LINE

(07/08/2026)

Factores de la Coagulación: Factores VII, VIII y IX incluidos en el Anexo J C/AUTORIZACIÓN (1)	100%	0%	SI	NO
PLAN "B-5.2" Todo medicamento publicado en Manual Farmacéutico. O G. Kairos C/AUTORIZACIÓN (2)	100%	0%	NO	SI

- (1) El SEMPRE abonará el valor a cargo indicado en el anexo J.
- (2) BONIFICACIÓN en el PLAN "B-5.2": Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.

PLAN "B-6":

Incluye: Esclerosis Múltiple. (Código G 35)

PLAN "B-6"	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-6.1" Beta Interferón recombinante y Copolimero I incluido en el Anexo J. C/AUTORIZACIÓN (1)	100%	0%	SI	NO
PLAN "B-6.2" Todo medicamento publicado en Manual Farmacéutico. O G. Kairos C/AUTORIZACIÓN (2)	100%	0%	NO	SI

- (1) El SEMPRE abonará el valor a cargo indicado en el anexo J.
- (2) BONIFICACIÓN en el PLAN "B-6.2": Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.

PLAN "B-7":

Incluye: Hepatitis Crónica Activa. (Códigos B 18)

PLAN "B-7"	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-7.1" Interferón Alfa 2a y 2b, Peginterferón Alfa 2a y 2b, Ribavirina y Lamivudina incluidos en el Anexo J. C/AUTORIZACIÓN (1)	100%	0%	SI	NO

- (1) El SEMPRE abonará el valor a cargo indicado en el anexo J.

PLAN "B-8":

Incluye: Afiliados con trasplante cardíaco (Z 94.1), pulmonar (Z 94.2); cardiopulmonar (Z 94.3), hepático (Z 94.4) y corneano (Z 94.7).

PLAN B-8	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-8.1" Inmunosupresores incluidos en el Anexo J. C/AUTORIZACIÓN (1)	100%	0%	SI	NO
PLAN "B-8.2" Todo medicamento publicado en Manual Farmacéutico. O G. Kairos C/AUTORIZACIÓN (2)	100%	0%	NO	SI
PLAN "B-8.3" Materiales descartables y fórmulas magistrales incluidos en el ANEXO L C/AUTORIZACIÓN (3)	100%	0%	SI	NO

- (1) El SEMPRE abonará el valor a cargo indicado en el anexo J.
- (2) BONIFICACIÓN en el PLAN "B-8.2": Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.
- (3) El SEMPRE pagará una suma establecida en el Anexo L.

PLAN "B-9":

Incluye: Afiliados Ostomizados (Códigos Z 93)

PLAN "B-9"	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-9.1" Bolsas de ileostomía, urostomía y colostomía y elementos para el cuidado y recambio de las mismas, establecidos en el Anexo L C/AUTORIZACIÓN (1)	100%	0%	SI	NO

- (1) El SEMPRE abonará el valor a cargo indicado en el anexo L.

PLAN "B-10":

Incluye: Afiliados que soliciten mayor cobertura:

PLAN "B-10"	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-10" Todo medicamento publicado en Manual Farmacéutico. O G. Kairos C/AUTORIZACIÓN (1)	100%	0%	NO	SI

SEMPRE ON LINE

(07/08/2026)

(1) BONIFICACIÓN en el PLAN “B-10”: Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.

PLAN “B-11”:
Incluye: Medicamentos utilizados para cualquier problema de salud no previsto en los planes precedentes.

PLAN “B-11”	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN “B-11” Corresponden a todas las especialidades incluidas en el ANEXO J. C/AUTORIZACIÓN (1)	100%	0%	SI	NO

(1) El SEMPRE abonará el valor a cargo indicado en el anexo J.

PLAN “B-12”:
Incluye: Productos dietéticos y leches:

PLAN “B-12”	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN “B-12” Leches medicamentosas, complementos y suplementos nutricionales publicados en los manuales de precios destinados a niños y adultos con condiciones patológicas. C/AUTORIZACIÓN (1)	100%	0%	NO	SI

(1) BONIFICACIÓN en el PLAN “B-12”: Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.

PLAN “B-13”:
Incluye: Plan Materno Infantil

PLAN B-13 (1)	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN “B-13.1” Medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico. Solo llevan autorización los medicamentos incluidos en el punto 5 del Anexo “C” (1-2-3)	100%	0%	SI	NO
PLAN “B-13.2” <u>Leches enteras Sin aplicación a partir 1/1/2016</u>				
PLAN “B-13.3”				

Todo medicamento publicado en Manual Farmacéutico. O G. Kairos C/AUTORIZACIÓN (1-2)	100%	0%	NO	SI
---	------	----	----	----

(1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.

Para verificar si la afiliada tiene activo el trámite por Plan materno, o si el bebé tiene menos de 1 año se deberá ingresar a la página: <https://www.isslapampa.gov.ar/> y al cuadro “Sempre-Obra Social”.

Una vez allí se ingresa a la solapa “Aplicaciones para prestadores”:



y a continuación “Consulta Planes farmacia”:



Luego se ingresa con el CUIT de la afiliada (incluyendo los guiones), y abre un cuadro donde podrá visualizar los Planes activos que tiene la afiliada, entre los cuales figurará Plan MA, MB o MC (o RN si se trata del bebé), y un número de chequera, el que deberá transcribir a la receta en el campo del Plan.

(2) BONIFICACIÓN en el PLAN “B-13.3”: Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.
BONIFICACIÓN en el PLAN “B-13.1”: Sobre el importe total de la prestación a valor de PVP (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del nueve por ciento (9%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.

SEMPRE ON LINE

(07/08/2026)

(3) En el caso de que el medicamento –del formulario terapéutico o anexo- tenga indicada la sigla “PE”, corresponde a planes especiales y el medicamento tiene 100% de cobertura a cargo del SEMPRE en dichos planes (Ver otros PLANES “B”).

Las afiliadas que ingresen al Plan Materno Infantil (PMI) y que recibían prestaciones de Patologías Crónicas con anterioridad a su ingreso, recibirán prestaciones al cien por ciento (100%) por PLAN B13.

PLAN “B-14”:

Incluye: Campaña de vacunación antigripal anual: la/s vacuna/s antigripal/es incluida/s en el Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE así como las especialidades medicinales no incluidas, cuya aparición se deba a razones epidemiológicas al momento establecido por la norma de vacunación.

PLAN “B-15”:

Incluye: Sustancias de contraste radiológico:

PLAN “B-15”	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario (1)	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN “B-15” (2)	MF (1)	D	SI	NO

- (1) PVP= Precio de Venta al Público
MF= Monto Fijo indicado en el vademécum
D= PVP- MF
- (2) BONIFICACIÓN en el PLAN “B-15” Sobre el importe total de la prestación a valor de PVP (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del siete por ciento (7%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.

PLAN “B-16”:

Incluye: Materiales Descartables y Fórmulas Magistrales para cualquier problema de salud no previsto en los planes precedentes:

PLAN “B-16”	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN “B-16” Materiales Descartables y Fórmulas Magistrales para cualquier problema de salud no previsto en los planes precedentes: C/AUTORIZACION (1)	100%	0%	SI	NO

- (1) El SEMPRE pagará una suma establecida en el Anexo L.

PLAN “C”:

Este plan es para Medicamentos NO INCLUIDOS en el Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE y NO DESTINADOS a las situaciones descriptas en los planes A y B de la presente cláusula y por ende de USO EXCEPCIONAL que resulten AUTORIZADOS por la obra social.

El ISS-SEMPRE definirá el PORCENTAJE de cobertura a su cargo, que se aplicará sobre el Precio de Venta al Público al momento de la dispensa, abonando el afiliado la diferencia entre el PVP y el porcentaje cubierto. Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del nueve por ciento (9%), la que se efectuará en la carátula sobre el importe a cargo del ISS-SEMPRE a pagar por este plan.

AUTORIZACIONES

Las autorizaciones del SEMPRE de los medicamentos que requieren autorización previa, podrán visualizarse a través del enlace

<https://sempreaplic.isslapampa.gob.ar/ConsuFciaOL/login.aspx>

LISTADO DE PROFESIONALES AUTORIZANTES

MATRIC	NOMBRE
127	AGUERO DANTE OMAR
2020	BORI NATALIA BETINA (*)
1682	BRUNO JORGE PABLO (*)
1477	CONTARD MARIA CECILIA (*)
2342	DE LA MATA LUIS MARIA (*)
846	EIZAGUIRRE SEBASTIAN (*)
1819	GONZALEZ ANA MARIA (*)
2603	GONZALEZ NAYA GUILLERMO (*)
1716	LLULL MARCOS (*)
455	MANSILLA MARIA CECILIA
1142	MORADAS JAVIER (*)
1750	NICOLETTI MARIA MARTA (*)
1822	PIOMBI CAROLINA ANDREA (*)
1614	RODRIGUEZ JUAN CARLOS (*)
6	SOULAGES GUADALUPE
356	TELLECHEA LUCIA
4	TOULoupas CONSTANTINO
5	TRUSKALO MARIA DEL ROSARIO

(*) Estos profesionales podrán realizar prescripciones ÚNICAMENTE cuando se encuentren de guardia en Unidades de Terapia Intensiva.

CASOS ESPECIALES – CONVENIOS DE RECIPROCIDAD

LAS RECETAS DE LOS *CONVENIOS DE RECIPROCIDAD CON OBRAS SOCIALES DE OTRAS PROVINCIAS*, DEBEN LLEVAR SELLO INDICANDO LA OBRA SOCIAL DE ORIGEN Y ESTAR AUTORIZADAS POR SEMPRE.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOST ICO	RECETA	VALI - DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENÉRICO únicamente (NO acepta sugerencia de marca)	SI	OFICIAL o no oficial (A-B)	30 días	SI	Sello: SI Manuscrito: NO

SEMPRE ON LINE

(07/08/2026)

A) RECETAS OFICIALES: Pueden estar pre impresas; en estos casos la firma y el sello del médico deben ser en original.
Se aceptan copia de receta impresa desde algún medio electrónico, sólo si son médicos fuera de la provincia.

(B) Recetarios particulares NO OFICIALES o DIGITALES: pueden aceptarse, siempre y cuando sean médicos fuera de la provincia. Para este caso, la farmacia solicitará al SEMPRE, un número de recetario y serie para poder validarla on line en Observer.

TROQUELES
(a) Los troqueles deben ser limpios, sin ninguna inscripción, tachadura, leyenda de troquel institucional, etc.
(b) En el caso de medicamentos, formulas lácteas y/o alimentos que no cuenten con troquel, será obligatorio pegar el código de barras respectivo. En caso de que el código de barras este impreso (pintado) en el envase (latas) <u>no se podrá dispensar</u> , excepto que cuente con Autorización de dispensa emitida por Sempre vía mail, para lo cual la farmacia debe comunicarse con el Colegio farmacéutico, quien gestionará tal autorización.
MEDICAMENTOS POR RECETAS

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

a) NO se cuentan repetidos.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO
a) Se dispensará la cantidad que surja del cálculo realizado con la DOSIS UNIDAD, DOSIS DIARIAS Y DIAS DE TRATAMIENTO PARA HASTA 30 DIAS DE TRATAMIENTO. <u>(Ver excepciones en más o en menos en los ANEXOS B y C).</u>

ENMIENDAS
a) 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.
b) 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.

ACREDITACION DE AFILIACIÓN
<u>ACREDITACION DE LA AFILIACIÓN BASICA:</u> Se acredita con CARNET de la obra social y documento de identidad.

ANEXO B

RECETARIO OFICIAL

Se describen a continuación las NORMAS GENERALES para la prescripción y dispensación que deberán cumplir los PRESTADORES PRESCRIPTORES Y DISPENSADORES.

A) PRESCRIPTORES MÉDICOS:
“FECHA DE PRESCRIPCIÓN”: debe consignar el día, mes y año en que realiza la prescripción, a partir de dicha fecha la validez de la receta es de hasta 30 días corridos para su dispensa. Toda prescripción debe ser hecha por el médico tratante en los campos fecha, Número de afiliado (*), Nombre y Apellido del afiliado, Medicamento, forma farmacéutica, dosis unidad, dosis diaria y duración del tratamiento. Si existiera en estos campos anteriormente detallados más de una tinta o distinta letra, debe estar salvada por el profesional médico.
(*) Con respecto al número de afiliado cuando no está o tiene error, puede salvarlo la farmacia con su sello y firma.
- Fecha de prescripción “DIFERIDA”: este campo posibilita al profesional indicar con una cruz, que la fecha de prescripción establecida fue prevista con antelación. Este campo nunca debe ser llenado cuando la fecha de prescripción coincida con la consulta (se encuentra en el campo datos del prescriptor). “(1) DIAGNÓSTICO O PROBLEMA DE SALUD 1”:

diagnóstico o problema de salud, <u>se debe REPETIR el diagnóstico, en CADA R/P de la receta.</u> Será el modo de completar este campo, pudiendo precisar el motivo de la prescripción, como sigue:
a) consignando el código de diagnóstico o problema de salud, según la Clasificación ISS-SEMPRE entregada a los profesionales (basada en la CIE X y con códigos complementarios por CIE-IX / CISAP); o
b) de modo literal con letra clara.
“(2) MEDICAMENTO (Nombre genérico)”: se debe consignar el mismo, por su NOMBRE GENERICO (o DENOMINACION COMUN INTERNACIONAL) de modo OBLIGATORIO. No se aceptan nombre comercial o sugerencia de marca. “(3) FORMA FARMACÉUTICA”: se debe consignar del siguiente modo: Amp (ampollas), Comp. (comprimidos), Ov. (óvulos), Tab. (tabletas), Jbe. (jarabe), Sol. (solución), Cma. (crema), Pda. (pomada), Gel, entre otros posibles. “(4) DOSIS/UNIDAD”: es la cantidad de principio activo que tiene cada unidad de toma, o la CONCENTRACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO en la especialidad (miligramos (mg) x comprimido, mg x mililitro, mg x supositorio, mg x cada 5 mililitros, Unidades Internacionales (UI) x ampolla, UI x mililitro, entre otras posibilidades).

SEMPRE ON LINE

(07/08/2026)

- “(5) DOSIS DIARIA”: es la cantidad de unidades POR DIA que debe recibir o administrarse EL PACIENTE (ejemplo: 1, 2 o 3 comp.) o dosis total por toma (ejemplo: 1000 mg). Resulta indistinto el modo de expresarlo, aunque es preferible definiendo en números absolutos la cantidad de unidades, para mejor comprensión del paciente.
- “(6) DURACIÓN DEL TRATAMIENTO en días”: es el período EN DIAS que el paciente debe cumplir el tratamiento según la pauta establecida en (4) y (5). Se debe expresar en valores absolutos (ejemplo: 10 o 15 o 30 DIAS).

La DURACION DE TRATAMIENTO SERA DE HASTA 30 DIAS EN TODOS LOS CASOS con excepción de antibióticos y analgésicos para uso agudo. (Ver ANEXO C, Punto 3 -NORMAS DE DISPENSACION PARTICULARES-)

EL INTERVALO EN DIAS MENOR A TREINTA PUEDE SER CUALQUIERA. Por ejemplo: en DOSIS UNICAS marcará 1 DIA: en TRATAMIENTOS SINTOMATICOS como ejemplo FIEBRE marcará 2 o 3 DIAS. El profesional prescriptor de este modo SEGÚN EL PROBLEMA DE SALUD consignado, puede establecer cualquier duración menor a dicho tope (de hecho ésta será la situación más frecuente, por ejemplo, 5, 7, 10 14 y 21 días, para los problemas de salud agudos con tratamiento sintomático y/o curativo).

Cuando el intervalo de administración sea SEMANAL o MENSUAL se consignara en el casillero “dosis diaria” la letra S o M.

B) FARMACEUTICOS DISPENSADORES , NORMAS DE ATENCIÓN Y ACONDICIONAMIENTO

- Se enuncian los campos a verificar:
 - ✓ “Fecha de Emisión”,
 - ✓ “Fecha de prescripción”
 - ✓ “Diferida”
 - ✓ “(1) Diagnóstico o Problema de salud
 - ✓ “(2) Medicamento”
 - ✓ “(3) Forma Farmacéutica”
 - ✓ “(4) Dosis/Unidad”
 - ✓ “(5) Cantidad de unidades o dosis/toma o administración”
 - ✓ “(6) Duración del tratamiento”
 - ✓ “(7) Datos del Prescriptor”
 - ✓ “(8) Nombre y apellido del afiliado”
 - ✓ “(9) Número de afiliado”
 - ✓ “(10) Edad del afiliado”
 - ✓ “(11) Sexo del afiliado”

Dispensa de Medicamentos: el farmacéutico dispensará LA CANTIDAD DE ENVASES resultante de la CANTIDAD DE UNIDADES necesaria para cubrir de modo

exacto o en más LA DURACION DEL TRATAMIENTO establecida en la PRESCRIPCION, excepto que el beneficiario opte por una opción menor.

NOTA: En este último caso se deben completar los casilleros correspondientes a “MEDICAMENTOS NO DISPENSADOS POR EL FARMACÉUTICO”, obrante en el dorso de la receta. Debiendo colocar el código correspondiente que se encuentra en el mismo sitio (Ej.: 103). Ver cuadro de códigos “Motivos de la no dispensación”.

MOTIVOS DE LA NO DISPENSACION	
Código	Concepto
100	Observación de la prescripción
101	No existe en el mercado
102	No hay en stock
103	Negativa del afiliado
104	NO completa rubros 1-2-3-4-5-6
105	Otros (completar descripción)

EJEMPLOS INDICATIVOS sobre cantidad a entregar:

- a) será considerada adecuada una dispensa de una cantidad de unidades suficiente para cuarenta (40) días si no hubiera tamaños únicos o combinados para cubrir un mes;
- b) Se aceptaran en amoxicilina presentaciones o combinaciones de envases que alcancen veinte (20), veintiuno (21) o veinticuatro (24) unidades para cubrir una semana de tratamiento (7 días) a tres (3) dosis diarias; y sólo se aceptarán las opciones únicas o combinadas de quince (15) o dieciséis (16) unidades para tratamientos de cinco (5) días con tres (3) dosis diarias.
- c) EL ISS-SEMPRE considerará debidamente cumplida la dispensa de una DURACION DE TRATAMIENTO prescrita para treinta (30) días con una CANTIDAD DE UNIDADES para veintiocho (28) días, con la correspondiente conformidad del afiliado.

Las recetas de “ODONTOLOGÍA”, los odontólogos sólo podrán prescribir medicamentos pertinentes a su incumbencia.

PRECIO: Frente a casos donde el Farmacéutico para satisfacer la cantidad prescrita deba dispensar una combinación de envases medicinales y habiendo varias alternativas, no disponga de todas ellas, podrá dispensar con acuerdo del afiliado cualquier combinación independientemente del precio de las mismas.

- La receta se deberá conformar según las siguientes instrucciones:

a.”Firma y datos del afiliado o tercero interviniente”: la firma correspondiente al afiliado o tercero interviniente y

SEMPRE ON LINE

(07/08/2026)

los datos al frente de la receta (domicilio y teléfono). Al dorso también debe firmar y consignar su número de DNI y especificar con una “X” si es afiliado o un tercero interviniente.

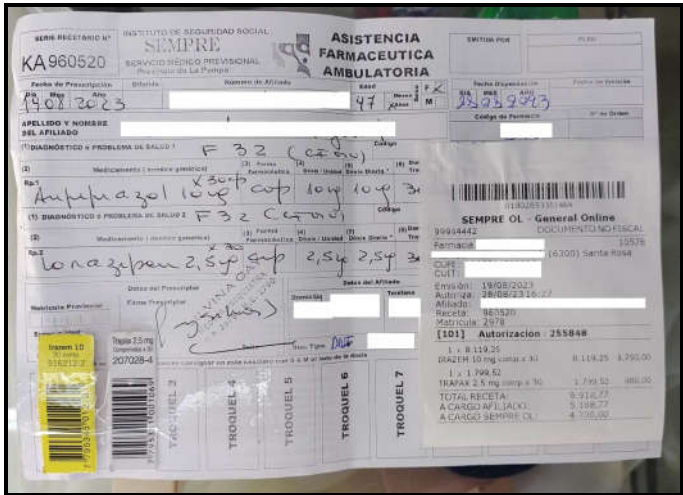
- b."Fecha de dispensación"
- c. Código de farmacia
- d. Firma y sello del Farmacéutico (frente – campo correspondiente)
- e. Los datos de precios por unidad y totales, saldrán impresos en el ticket de validación, el que deberá pegarse en frente de la receta (ver imagen a continuación).

El ticket de validación se deberá conformar según las siguientes instrucciones:

- a) Completar datos y firmar (afiliado o tercero interviniente)



DOBLAR PARA QUE NO SOBRESALGA EL TICKET DE VALIDACIÓN



ANEXO C

NORMAS TECNICO-ADMINISTRATIVAS A CUMPLIR EN LA DISPENSACIÓN

1. NORMAS GENERALES

- 1.1 En todos los casos la receta y el ticket de validación deberá estar firmada en conformidad por el beneficiario o tercero interviniente. Los menores de edad prestarán su conformidad a partir de los 16 años.
- 1.2 Los campos destinados al prescriptor sólo podrán ser salvados por éste con firma y sello en la corrección.

2. CÓDIGOS DE DÉBITOS

- 1101. Falta/error Fecha de prescripción
- 1102. Falta /error apellido y nombre del afiliado
- 1103. Falta /error número de afiliado
- 1104. Falta /error edad del afiliado
- 1105. Falta /error sexo afiliado
- 1106. Falta/error / vencida credencial para patologías crónicas y/o la autorización del trámite.
- 1107. Falta/error Diagnóstico o Problema de salud

- 1108. Falta/error Medicamento
- 1109. Falta/error Forma farmacéutica
- 1110. Falta/error Concentración
- 1111. Falta Dosis Diaria
- 1112. Falta Duración del tratamiento
- 1113. Falta/error Matrícula del médico
- 1114. Falta Firma del médico NO REFACTURABLE
- 1115. Falta Sello aclaración y matrícula del médico. NO REFACTURABLE
- 1116. Falta Firma del afiliado o tercero interviniente
- 1117. Falta Tipo y número de documento del afiliado
- 1118. Falta Nro de orden
- 1119. Falta/error Fecha dispensación
- 1120. Falta Cantidad de envases dispensada
- 1121. Cálculo incorrecto del Nro de envases y presentación dispensada
- 1122. Falta/error Total precio público para cada medicamento
- 1123. Falta/error Monto total a cargo del ISS-SEMPRE para cada medicamento

SEMPRE ON LINE

(07/08/2026)

- 1124. Falta/error Valoración total de la receta
- 1125. Falta/error Valoración Total a cargo del beneficiario
- 1126. Falta/error Valoración total a cargo del ISS-SEMPRE
- 1127. Falta Firma del farmacéutico
- 1128. Falta matrícula del farmacéutico
- 1129. Falta Sello de la Farmacia
- 1130. Falta Troquel del medicamento. NO REFACTURABLE
- 1131. Troquel no corresponde a lo dispensado o indicado NO REFACTURABLE
- 1132. Troquel deteriorado, no se visualiza denominación comercial ni número de identificación del medicamento NO REFACTURABLE
- 1133. Receta vencida NO REFACTURABLE
- 1134. Receta no corresponde a la Obra Social NO REFACTURABLE
- 1135. Receta no corresponde la cobertura facturada
- 1136. Medicamento no autorizado por el auditor NO REFACTURABLE
- 1137. Falta/error Cantidad de envases autorizados por el auditor
- 1138. Medicamento no incluido en Formulario Terapéutico SEMPRE. NO REFACTURABLE
- 1139. Fechas incorrectas
- 1140. Medicamento mal valorado
- 1141. Medicamento que no compete al profesional prescriptor (exclusivo ODONTOLOGOS). NO REFACTURABLE
- 1142. Crédito por error en suma a abonar por el ISS-SEMPRE
- 1143. Falta/error Medicamento no dispensado
- 1144. Falta/error Conformidad de la recepción del medicamento
- 1145. Falta/error Entrega de la receta
- 1146. No coincide el documento original (receta/autorización) con lo facturado (grabado)
- 1147. Error en el plan adjudicado y grabado.
- 1148. Receta facturada (grabada) y no remitida.
- 1149. Medicamento facturado (grabado) y no prescripto. NO REFACTURABLE.
- 1150. Difiere prescripción con la autorización.
- 1151. Afiliación vencida o bajada al momento del expendio. NO REFACTURABLE.
- 1152. Enmienda sin salvar por el profesional prescriptor.
- 1153. Enmienda sin salvar por el profesional dispensador.
- 1154. Fuera de término NO REFACTURABLE.
- 1155. No cumplió con lo requerido en devolución. NO REFACTURABLE.
- 1200. Devolución total por carátula incompleta o errónea
- 1300. Débitos varios, no contemplados dentro de lo estipulado en las normas operativas del presente convenio

La realización de débitos identificados como REFACTURABLES implica su devolución al profesional prestador con el objeto de salvar la causal del mismo. Estas prestaciones podrán ser reingresadas por única vez y junto con cualquiera de las dos (2) facturaciones siguientes consecutivas, contadas a partir de la fecha de devolución.

Los débitos refacturables cuando sean reiterados por prestador pasarán, previa comunicación a ser “NO REFACTURABLES” de forma definitiva para ese prestador.

3. NORMAS DE DISPENSACIÓN PARTICULARES

3.1 ANTIBIOTICOS (Máximo de días de tratamiento)

ANTIINFECCIOSOS DE USO SISTEMICO y con los diagnósticos J01, J02 y J05:

Para dichas situaciones, el ISS-SEMPRE reconocerá cualquier período o fracción en la "duración de tratamiento" de HASTA 10 (DIEZ) DÍAS, por receta y por R/p. Excepto para el caso de antimicóticos, los que se podrán dispensar hasta para treinta (30) días de tratamiento cuando las tomas sean de un comprimido semanal.

3.2 ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINES) (Máximo de días de tratamiento)

3.2.1 El ISS-SEMPRE garantiza la cobertura del USO AGUDO Y/O EVENTUAL de AINES para cualquier problema de Salud expresado como diagnóstico o síntoma: por Ej. fiebre, dolor lumbar, artralgia, esguince de una articulación, odontalgia, inflamación de cualquier órgano o estructura, entre otras opciones) para UNA DURACIÓN DE TRATAMIENTO DE HASTA DIEZ (10) DÍAS, por receta y por R/P y según la dosis diaria prescrita.

3.2.2 El ISS-SEMPRE garantiza la cobertura del USO CRONICO de AINES cuando sean prescritos para los siguientes Problemas de Salud:

Códigos correspondientes a enfermedades crónicas del músculo esquelético y el tejido conectivo, a saber:

- M05 artritis reumatoidea (AR)
- M06 otras artritis reumatoides (ARs)
- M08 poliartritis crónica juvenil (ARJ)
- M32 lupus eritematoso sistémico
- M33 dermatopolimiositis (DM-PM)
- M34 esclerosis sistémica progresiva
- M45 espondilitis anquilosante

En todos los casos para UNA DURACIÓN DE TRATAMIENTO DE HASTA TREINTA (30) DÍAS, por receta y por R/P y según la dosis diaria prescrita.

IMPORTANTE:

- a) La cobertura de PARACETAMOL en cualquier caso es de HASTA TREINTA (30) DIAS por receta y según la dosis diaria prescrita.
- b) La cobertura del tratamiento antiagregante con ÁCIDO ACETILSALICÍLICO a DOSIS BAJAS (entre 81 mg y 325mg por unidad) (aspirina) indicada según código 287.X2 o para Profilaxis Antitrombótica o tratamiento antiagregante, puede incluir la dispensa de presentaciones de HASTA CIEN (100) COMPRIMIDOS por receta.

ANEXO E

NORMAS GENERALES PARA LA PRESENTACIÓN

