

(16/09/2026)

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)	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, PARTICU LAR (A-B- C-E) o ELECTRÓ NICA (G)	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.

- G) Para la visualización de la receta electrónica sólo será necesario ingresar el número de afiliado. En los casos de las recetas que no se obtengan desde el sistema se deberá presentar la receta física.

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. NUÑEZ JUAN PABLO	GONZALEZ PATRICIA	REINOSO NAHUEL
ALABARCEZ MELISA	DR. TRIANTAFILO HARRY	JACOMELLI MARTIN	ROJAS SEBASTIAN
ANTONUCCI TOMAS	DUARTE ANALIZ	JUSTO MYRIAM	ROSSI GISELA
ARANDA SILVINA	FERRARO DEBORA	LOPEZ BLASCO SOL	RUIZ LEANDRO
AVILES NICOLAS	FIGUEROA SILVINA	MANSILLA VANESA	SARACENO MARINA
BARBERI ORNELLA	GARCIA GERMAN	OLIVA DIEGO	RUPPEL NICOLAS
BASILE NATALIA	GHISIO MARIANA	OLIVERA MAXIMILIANO	SCHUNK ALEJANDRA
CAMPOS JULIA	GIACOBONE LUZ	PATANE SHARON	SOLIS DANIELA
CORDOVA CINTHIA	GONZALEZ MARIANA	PLASENCIA PAMELA	YOPOLO YANINA
CHISCA CAROLINA	GOMEZ CECILIA	RAMIREZ MARIA FLORENCIA	ZALDUENDO PABLO

(16/09/2026)

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

Myriam Justo	Sebastián Rojas
Natalia Basile	Sol López Blasco
Ornella Barberi	Martín Jacomelli
Pablo Zalduendo	Yanina Yópolo

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

EMPRENARIOS Y PROFESIONALES
REQUIERE VALIDACIÓN

Autorización N° 1621340	Fecha Autorizado 07/12/2021	Fecha Recibido 07/12/2021	Recibido Por: mgarcia
Estado: A - Abierta	Episodo:		
DATOS AFILIADO			
Cod. Titular:	Apellido y Nombre:	DU :	01 OSDEPYM
Edad: 63,9	Condición: O	Plan: P000	Grupo: PYME
		Modo Ingreso:	Sector:
DATOS DEL MEDICO PRESCRIPTOR		DATOS PRESTADOR	
MONICA GARDEÑES Matrícula		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
Presentación: Mensual en 2da quincena.
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: | - 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
N° 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.