

	A CARGO ENTIDAD	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE	VALIDACIÓN ONLINE
PLAN MULTIPLE (*)	VARIABLE	VARIABLE	VADEMÉCUM	SI

CREDENCIAL
Oficial: DNI DEL PACIENTE

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

TIPO DE RECETARIO (*1)

Recetas Electrónicas/Digitales
Recetas manuscritas
Planilla de Cronicidad (Ver modelo)

VALIDEZ

Recetas: 90 días corridos
Planillas: 180 días corridos desde su emisión

PSICOFÁRMACOS

Duplicado: SI
Fotocopias: NO

ACLARACIÓN FIRMA MEDICO Y N° MATR.

Con sello: SI Manuscrito: NO

ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES

(cuando supere la unidad)
Letras: SI Números: SI

LIMITACIONES CANTIDAD

Hasta tres (3) especialidades por receta y hasta un (1) envase por especialidad.

Excepciones:

- **Antibióticos inyectables monodosis:** El menor número posible de envases hasta completar **cinco (5) ampollas**. Por Ej.: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expendirse 3 (tres) envases = 6(seis) ampollas.

- **Antibióticos inyectables multidosis:** Hasta cinco (5) unidades-
Tratamiento Prolongado: Hasta dos (2) unidades con dicha leyenda.

LIMITACIONES DE TAMAÑO

Si indica: Lo requerido.

Si no indica: El menor.

Si indica "GRANDE": El inmediato siguiente al menor.

ESPECIALIDADES EXCLUIDAS

- TODO MEDICAMENTO QUE SE ENCUENTRE EXCLUIDO DE LA COBERTURA, PODRÁ SER DISPENSADO ÚNICAMENTE CON UNA **AUTORIZACIÓN VIA ENTIDAD. (Ver *2)**

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el médico: SI (errores de prescripción)
Por el afiliado: SI (errores de expendio)

PRESENTACIÓN (*5)

FACTURACION Y REFACTURACIÓN: Ver normas generales de atención y presentación.

Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle de grado de concentración.

RECUERDE QUE PARA LOS PLANES AUTORIZADOS, LA RECETA DEBE ENCONTRARSE APROBADA SEGÚN EL APARTADO: (*2) AUTORIZACIONES ESPECIALES.

(*) VALIDACION ONLINE

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA (SALVO EXCEPCIONES INDICADAS POR ADMIFARM *2)** de la prescripción médica, ingresando a <http://validacionesag.com/> o bien a través de los sistemas de facturación integrados.

Código de validación PLAN MULTIPLE: 52800

Formato de credencial para validación: 0X (DNI DEL AFILIADO)

(*1) TIPO DE RECETARIO

Datos a completar por el profesional:

- Fecha de emisión
- Número de afiliado
- Nombre y apellido del beneficiario.
- Prescripción del medicamento por su nombre genérico.
- Las recetas deberán contener la forma farmacéutica y potencia de los medicamentos.
- Cantidad recetada, números y letras.
- Diagnóstico.
- Tratamiento prolongado (cuando corresponda).
- Plan Materno Infantil (cuando corresponda).
- Firma del profesional.
- Sello, aclaración y matrícula.

SERÁN VALIDAS LAS PLANILLAS DE CRONICIDAD (Ver Modelo)

PLANES CRÓNICOS, ANTICONCEPTIVOS

Exclusivamente para medicamentos destinados a **PATOLOGIAS CRONICAS PREVALENTES Y PROGRAMAS ESPECIALES** incluidos en los vademécums respectivos según lo indicado.

La autorización deberá realizarse a través del **VALIDADOR ONLINE** (vía web o facturador).

El paciente se presenta en la farmacia para retirar la medicación autorizada presentando **indistintamente**:

- ✓ Planilla de autorización con firma y sello médico (Ver Modelo).
- ✓ Receta (original o fotocopia) con firma y sello médico.

Dicha planilla/receta tendrá una validez **de 6 períodos consecutivos**, por lo que deberán facturar en original la primera dispensa y con fotocopia de la misma las entregas subsiguientes.

🔊 AVISO IMPORTANTE

Son válidas para la atención las fotocopias de planillas con fecha de emisión posterior al 13/03/2026.

Las emitidas a partir del 01/09/2026 deben cumplir con el **cronograma de entrega semestral** según lo detallado anteriormente.

ANTES DE RECHAZAR CUALQUIER EXPENDIO COMUNICARSE A LOS SIGUIENTES NÚMEROS DE CONTACTO:

Por consultas de Cronicidad: 0810-345-6887 o al Chatbot +54 9 11 5815-2707

Por consultas Comerciales: 0810-444-2364 o al Chatbot +54 9 11 2185-2448

(*2) EXCEPCIONES/AUTORIZACIONES ESPECIALES:

Las recetas con productos fuera de vademécum, así como recetas que no cumplan con los requisitos indicados en la presente norma, serán autorizadas e informadas por **ADMIFARM GROUP**.

(*3) PRESENTACIÓN

Los distintos descuentos se deberán presentar en lotes por separado, conforme el siguiente esquema:

- PLAN MULTIPLE
- AUTORIZACIONES ESPECIALES (VARIABLE)

MUY IMPORTANTE:

TODO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS GENERALES DE ATENCIÓN Y PRESENTACIÓN ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.

Norma de Atención: 5878
Vigencia: 11/09/2026

MODELO DE PLANILLA – FORMULARIO DE EMPADRONAMIENTO PACIENTES CRONICOS

Este documento debe estar completo en su totalidad para continuar con el beneficio (excluyente)

Formulario de Empadronamiento
Pacientes Crónicos

FECHA Y AÑO: 5/6/26
PROVINCIA: Ba
SECCIONAL: SA

DATOS DEL BENEFICIARIO
APELLIDO Y NOMBRES: Ma. Blanca Barrios
SEXO: F FECHA NAC: 22/11/68 EDAD: 58
DOMICILIO: 20001311 TEL: _____
NRO DE AFILIADO: 20001311 E-MAIL: _____

Profesional responsable del tratamiento
APELLIDO Y NOMBRES: B. G. G. G. G. G. DIRECCIÓN: _____
TELÉFONO: _____ INSTITUCIÓN: _____
ESPECIALIDAD: Neurología MP: 11837 DM: 1099 E-MAIL: _____

Empadronamiento
Inicio ☒ Cambio ☐

Tipo de Empadronamiento

Enfermedades Cardiovasculares	Enfermedades Psiquiátricas
Hipertensión Arterial Esencial	Trastorno Bipolar
Insuficiencia Arterial Secundaria	Patología orgánica
Insuficiencia Cardíaca	Enfermedades Infecciosas Crónicas/Reumáticas
Arritmias	Osteo Artrosis
Terapia Antiagregante	Enfermedades Oftalmológicas
Prevención Primaria de la Cardiopatía Isquémica	Glaucoma
Enfermedades Respiratorias	Enfermedades Endocrinas
Asma Bronquial	Hipertensión
Fibrosis Pulmonar	Diabetes Mellitus
Enfermedades Neurológicas	Distonías
Enfermedad de Parkinson	
Epilepsia	

Datos Complementarios
Peso _____ Talla _____ IMC _____ Sup. Corporal _____

Diagnóstico
Epilepsia Estado Controlado

Resumen de Historia Clínica
Epilepsia

Tratamiento Indicado y/o Plan Terapéutico
Año 2026 Fecha 5/6/26

PRINCIPIO ACTIVO/ MONODROGA	PRESENTACIÓN	DOSIS DÍA (CRÓNICOS)	DÍAS DE TRATAMIENTO
<u>Carbamazepina</u>	<u>Losig</u>	<u>2</u>	<u>Control</u>

Fundamentación médica del uso de la medicación indicada:
Epilepsia

DECLARACIÓN JURADA
Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de la salud actual de mi paciente. La documentación de respaldo obra en mi poder y será expuesta ante el requerimiento de auditoría de la OSUOMRA.

Firma y Aclaración del Paciente: Ma. Blanca Barrios
Firma y Sello del Médico Tratante: Dr. Laura B. G. G. G. G. (Matrícula de especialista en caso de corresponder)

ADJUNTAR AL FORMULARIO:
FOTOCOPIA DE DNI
FOTOCOPIA DE INFORME DE ESTUDIOS QUE DEMUESTREN LA PATOLOGÍA QUE PADECE EL/LA AFILIADO/A.
LOS DATOS SON OBLIGATORIOS Y SU ASISTENCIA IMPIDE EL TRÁMITE DE EMPADRONAMIENTO

ESTA SOLICITUD DE COBERTURA SERÁ PROCESADA SIN EXCEPCIÓN, CUANDO SE CUMPLIMENTEN TODOS LOS REQUISITOS MÉDICOS Y AFILIATORIOS SOLICITADOS.

Las coberturas se realizarán de acuerdo a las especialidades medicinales incluidas en el vademécum de la Obra Social sin excepción. Este formulario deberá ser presentado UNA VEZ AL AÑO. Se deberá re-empadronar en casos de cambio de patología, cambios de medicación o cambios de dosis.