

Normas de atención



OSADEF



FACAF

FEDERACIÓN ARGENTINA
DE CÁMARAS DE FARMACIAS



VALIDACIÓN ON LINE

- *Por Producto y presentación.*
- *Se puede Facturar en un solo Ticket, distintas coberturas.*

DESCUENTO A CARGO DE OSADEF

	Programa de Cobertura Act. Fcia./ Otra Act.	Programa de Cobertura PMO (Monotributista, Serv. Domestico y Otra Act.)
AMBULATORIO	50% - VALIDACIÓN ONLINE	40% - VALIDACION ONLINE
CRONICOS	75% - VALIDACIÓN ONLINE	70% - VALIDACIÓN ONLINE
PMI (Credencial con identificacion PMI)	100% - VALIDACIÓN ONLINE	100% - VALIDACIÓN ONLINE

DOCUMENTACION DEL BENEFICIARIO

Credencial Virtual, DNI y Receta.



RECETARIO

TIPO	Se establece valido la prescripción: • Receta Virtual/digital Oficial expedidas, por la Plataforma Oficial de OSADEF, según Modelo adjunto, (NO requiere numeración). • Recetas Virtuales/digital, con código de barra y QR, del Dr, Pabelo Adolfo, según adjunto. • Recetario Oficial de Osadef y Recetas expedidas en formato papel, con membretes de Hospitales, establecimientos, Instituciones, profesionales de Cartilla y que fueran validados a través del sistema de Activia. Las Recetas con Código de Barras y QR, son aceptadas previa validación por Activia. • Valido su uso en cualquier Programa de Cobertura.
VALIDEZ	Dentro de los 30 días corridos de la fecha de la prescripción.
ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS	Validez del Recetario 7 (siete) días a partir de la fecha de prescripción.



Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:

- Apellido y Nombre del Beneficiario.
- Número de Credencial/Beneficiario.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad, se expenderá solamente uno).
- Diagnóstico.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- Fecha de Prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.

LÍMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE REGLONES	2 (DOS)
POR RECETA	Hasta 2 (dos) envases, 1 (uno) Grande o 2 (dos chicos)
POR REGLON	Hasta 1 (un) envase.
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS	Hasta 5 (cinco) por receta.
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS	Hasta 1 (uno) por receta.

LÍMITES DE TAMAÑO

EXCLUSIVAMENTE LOS TAMAÑOS DE LOS PRODUCTOS QUE FIGURAN EN EL VADEMÉCUM

PLAN MATERNO (P.M.) – PLAN MATERNO INFANTIL (P.M.I.)

El afiliado, para la cobertura del PMI, deberá presentar sin excepción, la Credencial que identifica este Plan PMI. 100% de descuento para la madre, desde el diagnóstico positivo de embarazo con certificado médico y hasta 30 días posteriores al parto y para el recién nacido, hasta el año de vida.

REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA DE OSADEF

- Productos que validados OnLine, respondan con la leyenda "Requiere Autorización".
- Productos excluidos del Vademecum de OSADEF.

En estos casos, las Recetas que no posean dicha autorización previa serán indefectiblemente debitadas.



ANTICONCEPTIVOS

La Beneficiaria, debe estar empadronada en OSADEF, previo a la compra. Validación On-Line.

OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el medico NO indica tamaño, debe entregarse el de menor contenido.
- Cuando el medico solo indica GRANDE, debe entregarse el tamaño siguiente al menor.
- Cuando el medico equivoca cantidad, debe entregarse el tamaño inmediato inferior.

NORMAS LEGALES: PRESCRIPCION Y TRAZABILIDAD

- Prescripción de medicamentos por nombre genérico (Ley N° 25,649, Decreto N° 987/03) y producto.
- En las farmacias, el expendio de drogas, medicamentos o especialidades medicinales, se deben ajustar a la legislación vigente.
- TRAZABILIDAD: Según Resol. N° 435/11 y Resol. N° 362/12 SSS, y sus futuras modificaciones.
- Condiciones de garantía el Prestador debe contar con: Certificado de "Código Global Location Number-GLN o Código de Ubicación Física del Establecimiento CUFE", implementación del sistema de seguridad según Art. 7°, Disposición N° 1831/12- ANMAT.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 1. De acuerdo al orden de prescripción.
 2. Incluyendo el código de barras.
 3. Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido que dificultan la lectura del código de barras).
- Número de orden de la receta/remito.
- Fecha de Venta.
- Precios unitarios y totales, sugerido en el Manual Farmacéutico/Kairos, las correcciones de precios deben estar salvadas por farmacia y el beneficiario.
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y Tipo y Nro. Documento. (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
- *Consignar los importes: Total, A CARGO de la O.S.A.D.E.F., A CARGO Afiliado.*



Adjuntar copia del ticket de venta a la receta. En caso de no poder hacerlo notifique por escrito las razones. Dicha información quedará en el legajo de la farmacia.

GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA

- Medicamentos y productos de Venta Libre.
- Anestésicos en gral. Por Ej.; Pentothal, Xylocaina, etc.
- Solventes indoloros
- Anorexígenos y/o Mtos. Antiobesidad (Salvo Orlistat en ambulatorios)
- Productos homeopáticos, form. Magistrales, herboristería.
- Pastas o líquidos dentífricos para la higiene bucal.
- Fórmulas o especialidades p/limpiar o fijar dentaduras.
- Jabones o champús (Salvo medicinales recetados por especialidad)
- Artículos de tocador y cosmeticos dermatologicos
- Productos y alimentos dietéticos y edulcorantes.
- Placas radiográficas
- Productos que contengan Minoxidil, tales como regaine, Minoxile, etc.
- Productos que tengan Finasteride, como Propecia, etc. y productos similares directamente.
- Medicamentos para dejar de fumar.



A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'V. Carricarte', written in a cursive style.

DR. VICTOR FERMIN CARRICARTE
PRESIDENTE DE OSADEF
RNOS 127505

MODELO DE RECETARIOS



OSADEF
Unión Social de las Asociaciones de Empleados de FARMACIA

Receta de emergencia COVID-19

Apellido y Nombre: MASSIMO CLAUDIA VERONICA
 Afiliado CUIL: 27245180808
 02/03/2023
 BIGETRIC COMP (DOMPERIDONA SIMETICONA) X 20



Diagnóstico: DISPEPSIA



11 3876 0894, 11 3876 1056, 11 3900 1296
 11 3899 4585, 11 3900 0031, 11 3902 4933
 www.odef.org.ar

Karen Diaz Rojas
 KAREN DIAZ ROJAS
 GASTROENTEROLOGA
 MN 13770

 0156001089598	 2022047510	 0156001089598	 2022047510
Adolfo Germán Pánelo MEDICO Matrícula Nac.: 72135		Adolfo Germán Pánelo MEDICO Matrícula Nac.: 72135	
Paciente: Guillermo Amado DNI: 22204751 OSADEF PLAN: N° Credencial: 2022047510		Paciente: Guillermo Amado DNI: 22204751 OSADEF PLAN: N° Credencial: 2022047510	
Sexo: Otro		Sexo: Otro	
Rp: MIDAX - olanzapina - 10 mg comp.x 28 - Tratamiento Prolongado Cantidad: 1 (uno) RIVOTRIL - clonazepam - 2 mg comp.x 60 - Tratamiento Prolongado Cantidad: 1 (uno) Diagnóstico: SM Esta receta cumple la normativa de prescripción y requisitos de receta electrónica.		Indicaciones:	
 Prof. Dr. Adolfo Germán Pánelo MN 7131 MEDICO PSQUIATRA ESPECIALISTA EN CLINICA MEDICA		01/03/2023	
FIRMA Y SELLO			
Médico Adolfo Germán Pánelo Fco. Acuña de Figueroa 719 2° 15 CABA panelo_adolfo@yahoo.com Cel: 1549758393		Médico Adolfo Germán Pánelo Fco. Acuña de Figueroa 719 2° 15 CABA panelo_adolfo@yahoo.com Cel: 1549758393	



MODELO DE RECETARIOS



Obra Social de las Asociaciones de Empleados de Farmacia



Receta No. 1010000048064

Esta receta fue creada por un emisor inscripto en el Registro de Recetarios Electrónicos implementado por el Ministerio de Salud de la Nación -RL-2026-18701638-APH-SSVEIYESMM5

PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA

Emisión el: 16/01/2026

Legajo Receta: RL-2026-18701638-APH-SSVEIYESMM5

Datos del Paciente

Apellido y Nombre:

Sexo:

Afiliado Cuit:

Fecha Nacimiento:

Dni:

Plan Médico:

Datos del Prescriptor

Apellido y Nombre:

Profesion: Médico

Cuit:

Especialidad:

Domicilio:

Matrícula:

Teléfono:

RP / Original

metformina 850 mg -- 850 mg comp.rec.x 60

Cantidad: 1 (envase/s)

Diagnóstico: E10 - DIABETES MELLITUS INSULINODEPENDIENTE

16/01/2026

CLINICO
MP

Este documento ha sido firmado electrónicamente o digitalmente según corresponda por Dr./Dra



Obra Social de las Asociaciones de Empleados de Farmacia

INDICACIONES

Datos del Paciente

Apellido y Nombre:

Sexo:

Afiliado Cuit:

Fecha Nacimiento:

Dni:

Plan Médico:

Datos del Prescriptor

Apellido y Nombre:

Profesion:

Cuit:

Especialidad:

Domicilio:

Matrícula:

Teléfono:

Indicaciones Médicas: 2 comp c/12 hs

Comentarios:

Seguí siempre las indicaciones de tu médico, respetando dosis y frecuencias.

