

Norma de Atención N°: **5820**

Vigencia: **16/12/2025**

	A CARGO ENTIDAD	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE	VALIDACIÓN ONLINE	PLAN
PLAN MÚLTIPLE (*)	VARIABLE	VARIABLE	SEGÚN PLAN	SI	36200
AUTORIZACIONES ESPECIALES (*3)	VARIABLE	VARIABLE	MANUAL FARMACÉUTICO	NO	36206

CREDENCIAL

Definitiva: SI

Provisoria: SI

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

TIPO DE RECETARIO (*2)

Oficial: SI

Particular: SI

Digital /Electrónico: SI

Emergencias Médicas: SI

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos

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 diferentes por receta y hasta dos (2) envases de tamaño chico o uno (1) grande por renglón.

Excepciones:

- **Antibióticos inyectables monodosis:** Hasta seis (6) unidades.

LIMITACIONES DE TAMAÑO

Si indica: Lo requerido.

Si no indica: El menor.

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

Si erra: El inmediato inferior al indicado.

ESPECIALIDADES EXCLUIDAS

- VENTA LIBRE
- FORMULAS MAGISTRALES
- MEDICACION PARA HIV
- MEDICAMENTOS ONCOLOGICOS Y COADYUVANTES
- INSULINAS
- TIRAS REACTIVAS
- MATERIAL DESCARTABLE
- ALIMENTOS
- PRODUCTOS DIETETICOS
- MEDICAMNENTOS Y/O PRODUCTOS DE INTERNACION
- MEDIOS DE CONTRASTE
- PERFUMERIA
- ARTICULOS PARA FIJAR DENTADURAS
- PRODUCTOS HOSPITALARIOS
- PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCION SEXUAL MASCULINA

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por el afiliado: SI (errores de expendio)

PRESENTACIÓN (*4)

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.

Norma de Atención N°: **5820**

Vigencia: **16/12/2025**

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica para todos los planes, ingresando a <http://validacionesag.com/> o bien a través de los sistemas de facturación integrados.

Modelo de Carnet: 0000000X/0X

RECUERDE QUE PARA LOS PLANES AUTORIZADOS LA VALIDACION NO IMPLICA ACEPTACION; DEBE ENCONTRARSE AUTORIZADA SEGÚN *4.

(*) COBERTURA

PLAN	COBERTURA
PLAN 1000 40%	VADEMECUM
PLAN 3000 NO GRAVADO 40%	
PLAN 3000 GRAVADO 40%	
PLAN PLATINO 40%	
PLAN 1000 C 40%	
PLAN 5000 40%	VADEMECUM PLAN 5000
PLAN 5000 APM 40%	MANUAL FARMACEUTICO
PLAN MATERNO INFANTIL 100%	

(*1) PLAN MATERNO INFANTIL

En la receta deberá figurar fecha de nacimiento o fecha probable de parto.

COBERTURAS:

PARA LA MADRE: Durante el embarazo y hasta un mes después del parto.

PARA EL NIÑO: Hasta el año de vida. Las recetas pueden expendirse a nombre de la madre hasta el 3er mes de vida por falta de credencial del niño.

LECHES MEDICAMENTOSAS Y MATERNIZADAS: la provisión se realizara únicamente con autorización de la Entidad, indicando el porcentaje cobertura a efectuar.

VACUNAS: El calendario de vacunación publicado por el Ministerio de Salud y sus modificaciones vigentes, es aquel que O.S.A.P.M. contempla.

(*2) TIPO DE RECETARIO

ÚNICAMENTE SERÁN VALIDOS LOS RECETARIOS ELECTRÓNICOS PARA LA DISPENSA EN TODOS LOS PLANES.

Datos a tener en cuenta:

- Denominación de la entidad.

Norma de Atención N°: **5820**

Vigencia: **16/12/2025**

- Nombre y apellido del beneficiario.
- Número de beneficiario y plan correspondiente.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno.
- Firma y sello con número de matrícula y aclaración.
- Fecha de prescripción.
- Diagnóstico.

(*3) AUTORIZACIONES

Cualquier excepción a la presente norma deberá estar autorizada por alguna de las siguientes personas pertenecientes a la Entidad (ver modelo):

DR. CASTELLANO JOAQUIN
DR. AGLIANO BRUNO SALVADOR
DRA. CIVICO, MARIA ELENA
DR. FABIO LOMBARDO
DRA. LANZILOTTI MIRTA
SRA. DANIELA FERNÁNDEZ

(*4) PRESENTACIÓN

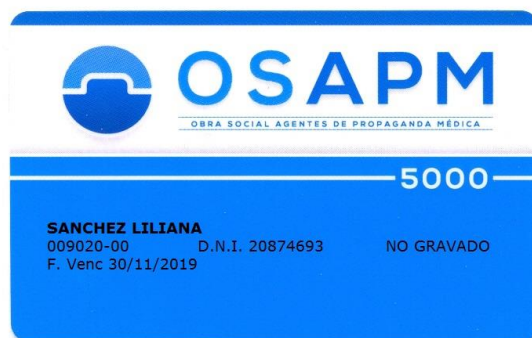
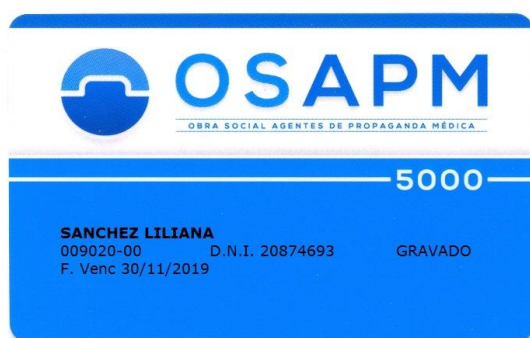
Los distintos descuentos se deberán presentar en lotes por separado, conforme el siguiente esquema:

- PLAN MÚLTIPLE
- AUTORIZACIONES ESPECIALES (VARIABLE)

MUY IMPORTANTE:

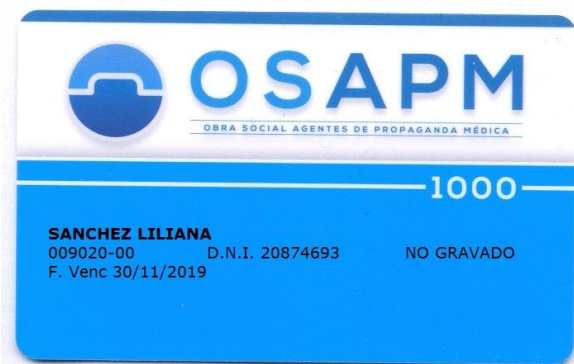
TODO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS GENERALES DE ATENCIÓN Y PRESENTACIÓN ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.

MODELO DE CREDENCIAL



Norma de Atención N°: **5820**


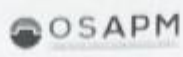


Vigencia: **16/12/2025**



Norma de Atención N°: **5820**

Vigencia: **16/12/2025**

RECETARIO ELECTRÓNICO CENTRO MÉDICO OSAPM

 2909024235024		 00873800
DERMATOLOGIA Matricula Nac. I		
Paciente: I	Sexo: Femenino	
DNI: I		
OSAPM PLAN: 5000 APM N° Credencial: I		
Rp: ibuprofeno cáps. gelat. blanda x 20 Cantidad: 1 (uno) Diagnóstico: M79.6 - DOLOR EN MIEMBRO		
<small>Esta receta fue creada por un emisor inscripto en el Registro de Recetarios Electrónicos implementado por el Ministerio de Salud de la Nación.</small>		
04/02/2025		
	DERMATOLOGIA ECUADOR 949, BUENOS AIRES, CABA	