

Norma de Atención N°: 5596  
Vigencia: **01/12/2023**

	A CARGO O. SOCIAL	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
AMBULATORIOS (*1)	40%	60%	VADEMECUM AMBULATORIO
ANTICONCEPTIVOS (*2)	100%	----	VADEMECUM ANTICONCEPTIVOS
LECHES INFANTILES (*3)	100%	----	VADEMECUM LECHES

**CREDECIAL (\*4)**

De O.S.I.A.D. Salud: SI  
Provisoria: SI

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** SI

**TIPO DE RECETARIO (\*5)**

OFICIAL: SI  
PARTICULAR: SI  
De SERVICIO DE URGENCIAS: SI (ver modelo)

**VALIDEZ DE LA RECETA:** 30 (treinta) días corridos

**PSICOFARMACOS**

Duplicado: SI  
Fotocopias: NO

**ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.**

(cuando no se encuentren preimpresos)  
Con sello: SI                      Manuscrito: NO

**ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES**

(cuando supere la unidad)  
Letras y Números: SI

**LIMITACIONES CANTIDAD**

Hasta tres (3) especialidades por receta y hasta dos (2) unidades por especialidad.

**Excepción:**

- **Antibióticos inyectables monodosis:** Hasta cinco (5) unidades.

**LIMITACIONES TAMAÑO**

**Si no indica:** El menor.

**Si indica la palabra "GRANDE"** y existen tres (3) tamaños:

- **Con "TRATAMIENTO PROLONGADO":** El mayor.
- **Sin "TRATAMIENTO PROLONGADO":** El mediano.

**ESPECIALIDADES EXCLUIDAS**

- MEDICACION EN INTERNACION (Aún cuando se hallen en el vademécum AMBULATORIO)
- PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO FIGUREN EN EL VADEMECUM.
- VENTA LIBRE (Aún cuando se hallen en vademécum AMBULATORIO)

**AUTORIZACIONES: (\*6)****ENMIENDAS SALVADAS:**

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

**FACTURACION Y REFACTURACION:** Ver normas generales de atención y presentación.

## IMPORTANTE

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

**FORMATO DE CREDENCIAL A INGRESAR PARA VALIDACION: 0000X/0X**

## (\*1) AMBULATORIOS

- a) Los productos que se encuentran señalados con la leyenda "Autoriz. Previa" en la columna OBSERVACIONES del vademécum AMBULATORIO, requieren para su expendio autorización previa de alguna de las personas detalladas en el punto (\*6).
- b) Se podrán dispensar UNICAMENTE productos del Vademécum.

## (\*2) ANTICONCEPTIVOS

Exclusivamente para ANTICONCEPTIVOS, incluidos en el vademécum.

### MUY IMPORTANTE:

**Plan Anticonceptivos:** la receta deberá contener el DIAGNOSTICO "**ANTICONCEPCION**", "**PLANIFICACION FAMILIAR**" o **similar**, en caso de no poseer algunos de estos diagnósticos, la cobertura será del 40%.

Recetario particular exclusivamente de **médicos ginecólogos o clínicos.**

### **EXCLUSIVAMENTE EN DAIREAUX, TANCACHA, LEZAMA, BOMBAL, BELTRAN, CAPITAL BERMUDEZ Y SAN LORENZO:**

Serán válidas las recetas en las cuales conste la leyenda "**MEDICO**", "**GENERALISTA**" y "**MEDICO DE FAMILIA**".

**LIMITACIONES POR CANTIDAD:** hasta 1 (una) unidad por receta.

## (\*3) LECHES

**LECHES:** Las comprendidas en el vademécum y sólo 4 (cuatro) kg. por mes, durante los tres (3) primeros meses de vida. Con autorización del Auditor Médico a través del Centro de Seguimiento se podrá expender hasta el 1° (primer) año de vida del **NIÑO**.

**EXCLUSIVAMENTE SE ENTREGARÁ LO AUTORIZADO POR EL VALIDADOR ONLINE. Ante cualquier consulta podrá comunicarse con el Centro de Seguimiento, al 0810-345-6887.**

## (\*4) CREDENCIALES

- a) Ante cada expendio se deberá **VERIFICAR** que el beneficiario se encuentre incluido en el **PADRON DE AFILIADOS HABILITADOS** que se envía mensualmente. Caso contrario, la farmacia deberá comunicarse con ADMIFARM, de lunes a viernes de 9.00 a 18.00 hs. al siguiente teléfono: 4010-0200 a efectos de corroborar la situación filiatoria del mismo.

Norma de Atención N°: 5596  
Vigencia: **01/12/2023**

PARA BENEFICIARIOS CREDENCIAL AMARILLA – ABARCA MONOTRIBUTO, MONOTRIBUTO SOCIAL, SERVICIO DOMESTICO Y DESEMPLEO.

- Solicitar últimos tres comprobantes de pago para el caso de monotributistas o servicio domestico
- Solicitar último comprobante de cobro para el caso de desempleo

b) No se deberá verificar el último dígito del carnet de afiliación (Ej.: credencial N° 1401/00 - **Z**).

c) En todos los casos (credenciales nuevas, viejas y provisorias), los afiliados deberán presentar el recibo de haberes para poder estar habilitado para recibir el descuento otorgado por la Obra Social.

## **(\*5) TIPO DE RECETARIO**

### **PARA TODAS LAS FARMACIAS DEL PAIS:**

- En los recetarios podrá figurar, en forma indistinta, alguna de las siguientes siglas: OSIAD – OSIAD SALUD.
- La receta deberá contener el DIAGNOSTICO PRESUNTIVO caso contrario no será expendida.
- Toda 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 del grado de concentración.

## **(\*6) AUTORIZACIONES**

Toda receta que presente anomalías en los datos de afiliación como así también la falta de nombre genérico, y/o forma farmacéutica, y/o presentación, y/o concentración de los productos deberán estar autorizadas por cualquiera de las siguientes personas:

AITOR, MARIA ALBERDI  
TROCHON, JULIO  
CHAMARES, HÉCTOR  
FRANCISQUELO, RAUL D

MOLINA, CELIA  
ROS, EDUARDO  
MAMANI, JULIETA  
ENRIQUE, OSCAR

PLA, GUSTAVO  
SALEVSKI, EDUARDO

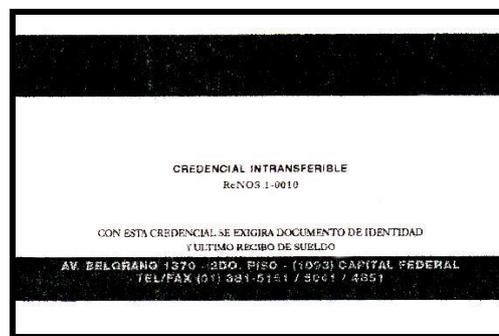
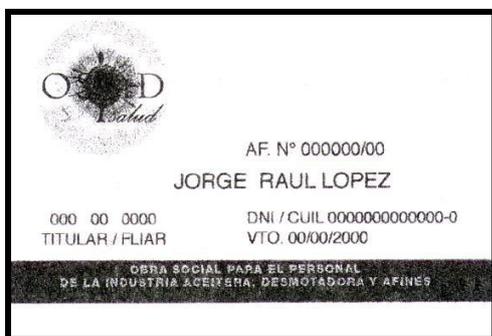
### **MUY IMPORTANTE:**

Las recetas prescriptas por las personas arriba detalladas no requerirán ser autorizadas en los casos antes descriptos.

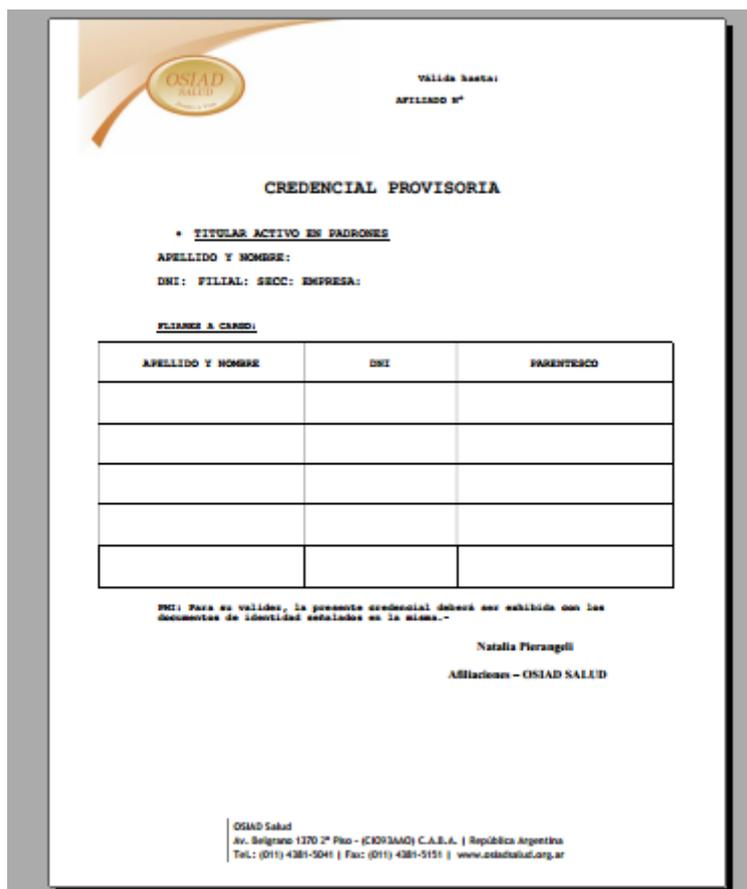
## MUY IMPORTANTE:

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

### MODELOS DE CREDENCIALES



## MODELO DE CREDENCIAL PROVISORIA



Valida hasta:  
AFILIADO N°

**CREDENCIAL PROVISORIA**

\* **TITULAR ACTIVO EN PADRONES**

APPELLIDO Y NOMBRE:  
DNI: FILIAL: SECC: EMPRESA:

**FILIARES A CARGO:**

APPELLIDO Y NOMBRE	DNI	PARIENTESCO

PMI: Para su validez, la presente credencial deberá ser exhibida con los documentos de identidad señalados en la misma. -

Natalia Pierangeli  
Afiliaciones - OSIAD SALUD

OSIAD Salud  
Av. Saigón 1170 2° Piso - (K1093AAQ) C.A.B.A. | República Argentina  
Tel.: (011) 4381-5041 | Fax: (011) 4381-5151 | www.osiadhsa.org.ar

## MODELO DE RECETARIO DE SERVICIO DE URGENCIAS

<b>SERVICIO DE URGENCIAS MEDICAS DOMICILIARIAS</b>	<b>SERVICIO DE URGENCIAS MEDICAS DOMICILIARIAS</b>
Fecha: ..... Hora: .....	Rp./
Nombre: .....	
Domicilio: .....	
Localidad: .....	
O. Social: ..... N° Afiliado: .....	
Familiar/Terceros: ..... Seguro: .....	
Edad: .....	
Diagnóstico: .....	
Médico, firma, sello	
Firma del paciente	
	<p>RECORDE CONSULTAR CON SU MEDICO DE CABECERA TRASO DE ESTA ATENCION</p>