

Norma de Atención N°: 5597  
Vigencia: **01/12/2023**

|                | A CARGO<br>O. SOCIAL | A CARGO<br>AFILIADO | COBERTURA<br>SOBRE     |
|----------------|----------------------|---------------------|------------------------|
| CRONICIDAD (*) | 40% - 70% (*1)       | 60% - 30%           | VADEMECUM CRONICO (*2) |

### CREDECIAL (\*3)

De OSIAD Salud: SI  
Provisoria: SI

### Excepciones:

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

### DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

### LIMITACIONES DE 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

### TIPO DE RECETARIO (\*4)

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

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

### ESPECIALIDADES EXCLUIDAS

- PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO FIGUREN EN EL VADEMECUM CRONICO

### PSICOFARMACOS

Duplicado: SI  
Fotocopias: NO

### ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.

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

### AUTORIZACIONES (\*6)

### ENMIENDAS SALVADAS:

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

### ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES

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

### PRESENTACION (\*7)

### LIMITACIONES CANTIDAD (\*5)

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

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

## (\*) COBERTURA

Exclusivamente para medicamentos destinados a **PATOLOGIAS CRONICAS PREVALENTES**, incluidos en el vademécum crónico.

Antes de cada expendio la farmacia deberá comunicarse con el CENTRO DE SEGUIMIENTO para pacientes crónicos al **0810-345-NUTR (6887)** o bien **ingresando a la página web <http://cronicos.nutrar.com>** a efectos de solicitar el código de autorización correspondiente para el suministro de los medicamentos prescritos, el cual deberán volcar en cada una de las recetas.

## (\*1) PORCENTAJES

El porcentaje de descuento que se deberá efectuar estará indicado en el vademécum crónico.

## (\*2) VADEMECUM

Cuando la prescripción de la droga BRIMONIDINA se encuentre acompañada con el diagnóstico “**GLAUCOMA REFRACTARIO**” se deberá realizar el 70% de descuento, caso contrario se efectuará el 40% de descuento.

## (\*3) 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.

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 habilitados para recibir el descuento otorgado por la Obra Social.

## (\*4) RECETARIOS

### PARA TODAS LAS FARMACIAS DEL PAIS:

- En los recetarios podrán figurar, en forma indistinta, alguna de las siguientes siglas: OSIAD - OSIAD SALUD.
- La receta deberá contener el DIAGNOSTICO PRESUNTIVO o la leyenda “CRONICIDAD” o “PACIENTE CRONICO” o similar.
- 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.

Norma de Atención N°: 5597  
Vigencia: **01/12/2023**

- Cuando se trate del **2do. y/o 3er. retiro**, los beneficiarios podrán presentar recetas **FOTOCOPIADAS**, y la farmacia deberá aceptarlas como válidas y facturarlas de la manera habitual.

**EXCLUSIVAMENTE EN CAPITAL FEDERAL, GRAN BUENOS AIRES, CAÑUELAS, ARROYO SECO, CAPITAN BERMUDEZ, EMPALME VILLA CONSTITUCION, FIGUEIRAS, FRAY LUIS BELTRAN, GRANADERO BAIGORRIA, GOBERNADOR GALVEZ, PUERTO GENERAL SAN MARTIN, ROSARIO, SAN LORENZO y VILLA CONSTITUCION (SANTA FE) y VILLA MERCEDES (SAN LUIS), PCIA. CÓRDOBA, GUALEGUAYCHU (ENTRE RIOS):**  
Recetario particular de cualquier médico.

#### **EXCLUSIVAMENTE EN EL RESTO DEL PAIS:**

Recetario particular de cualquier médico autorizado por la delegación, la cual sólo acredita la afiliación. No se deberán aceptar las autorizaciones de los delegados sobre medicamentos fuera de cobertura.

#### **(\*5) LIMITACIONES DE CANTIDAD**

Cuando el médico indique en la receta la cantidad de envases necesaria para los 3 meses de tratamiento, la farmacia deberá entregar lo solicitado aún cuando se vea superada la cantidad permitida en las presentes normas operativas.

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

Toda receta que sea prescrita por profesionales no incluídos en el Listado de Profesionales o con membrete de Entidades no adheridas a la Obra Social, o que presenten 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 cualesquiera de las siguientes personas:

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

AITOR, MARIA ALBERDI  
MASTROTTI, ROSARIO NARDON  
CHAMARES, HÉCTOR, JULIETA  
FRANCISQUELO, OSCAR

MOLINA, AGUSTAVO  
ROS, EDUARDO  
FLORES, PABLO

#### **MUY IMPORTANTE:**

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

#### **(\*7) PRESENTACION**

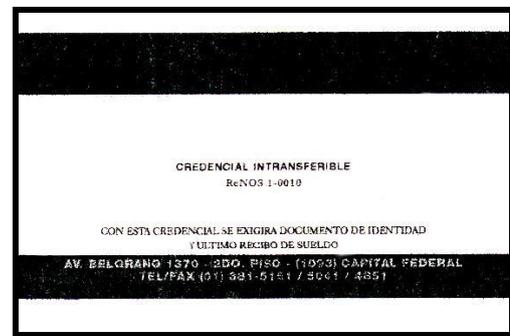
La facturación se deberá presentar en planillas por separado según el siguiente detalle:

- o 40% CRONICIDAD
- o 70% CRONICIDAD

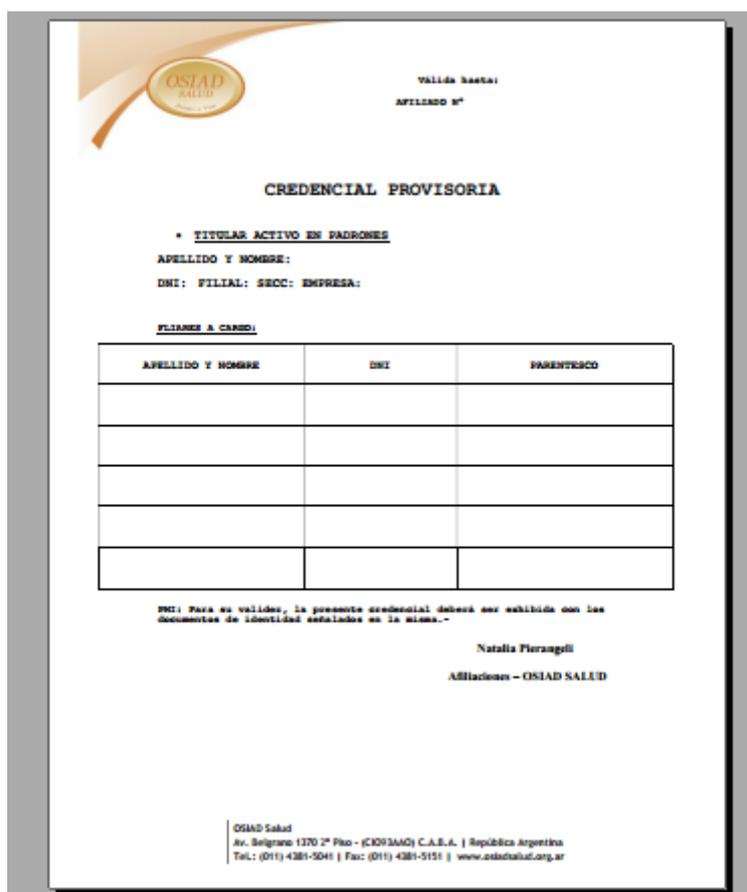
## MUY IMPORTANTE:

**TODLO 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°

**OSIAD SALUD**

**CREDENCIAL PROVISORIA**

\* **TITULAR ACTIVO EN PADRONES**

**APELLIDO Y NOMBRE:**  
**DNI: FILIAL: SECC: EMPRESA:**

**PLAZAS A CARGO:**

| APELLIDO Y NOMBRE | DNI | PARENTESCO |
|-------------------|-----|------------|
|                   |     |            |
|                   |     |            |
|                   |     |            |
|                   |     |            |
|                   |     |            |

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

Natalia Pierangeli  
Asiliaciones - OSIAD SALUD

OSIAD Salud  
Av. Belgrano 1170 2° Pto - (C1093AAD) C.A.B.A. | República Argentina  
Tel.: (011) 4381-5041 | Fax: (011) 4381-5151 | [www.osiadsalud.org.ar](http://www.osiadsalud.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° AFJ: .....                     |  |
| Familiar/Titular: ..... Seguro: .....              |  |
| Ecad: .....  |  |
| Diagnóstico: .....                                 |  |
| Médico, Firma, sello                               |  |
| Firma del paciente                                 |  |
|  | RECORDE CONSULTAR CON SU MEDICO EN CASO DE LA NECESIDAD LUEGO DE ESTA ATENCION |