

Norma de Atención N°: 5809

Vigencia: 13/11/2025

	A CARGO ENTIDAD	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
AMBULATORIOS	40%	60%	VADEMECUM AMBULATORIO
CRONICOS (*1)	70%	30%	VADEMECUM CRONICO
PLAN MATERNO INFANTIL (*2)	100%	-----	VADEMECUM AMBULATORIO

CREDENCIAL

Definitiva: SI

Provisoria: SI

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI**TIPO DE RECETARIO**

Oficial: SI (Ver modelo)

Particular: SI

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos**PSICOFARMACOS**

Duplicado: SI

Fotocopias: NO

ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.

Con sello: SI

Manuscrito: NO

ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES

(cuando supere la unidad)

Letras: SI

Números: SI

LIMITACIONES CANTIDAD

Hasta tres (3) especialidades por receta y hasta una (1) unidades por especialidad.

Excepciones:- **Antibióticos inyectables monodosis:** Hasta cinco (5) unidades.- **Con la leyenda "TRATAMIENTO PROLONGADO":** Hasta dos (2) unidades por especialidad.**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**

- PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO FIGUREN EN LOS VADEMECUMS.

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.**AUTORIZACIONES (*3)**

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 diagnóstico, forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle de grado de concentración.

(*1) PLAN CRONICO

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

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

- **La farmacia facturará el primer mes adjuntando la receta (original)** confeccionada por el profesional médico.
- En los **5 (Cinco) meses** subsiguientes deberá facturar adjuntando una fotocopia de la receta original, verificando siempre la vigencia de la misma.
- Les rogamos **prestar especial atención** a los principios activos y cantidades autorizadas, debido a que dichos consumos son **monitoreados por el Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas** prevalentes.

Ante cualquier consulta inherente a lo mencionado, podrán comunicarse al 0810-345-6887.

(*2) PLAN MATERNO INFANTIL

- La receta deberá estar previamente autorizada por OSPM en original o mediante e-mail.
- En caso de no poseer autorización, la farmacia podrá solicitarla telefónicamente de lunes a viernes de 09:00 a 16:30 a los teléfonos 011-4619-0208/ 0210.

(*3) AUTORIZACIONES

Se podrá aceptar cualquier excepción a las presentes normas operativas especiales siempre que la receta se encuentre previamente autorizadas por la Obra Social mediante sello de auditoria médica.

MUY IMPORTANTE:

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

Norma de Atención N°: 5809

Vigencia: **13/11/2025**

MODELO DE RECETARIO OFICIAL

O.S.P.M. Obra Social del Personal Mesoartista		Código Profesional o Institución _____		_____		RECETA N° _____		Código Obra Social 1-1270	
Fecha de Emisión ____/____/____		Número Beneficiario ____		Cant. Edad ____		Fecha de Disp. ____/____/____		Código de Farmacia ____	
Apellido y Nombre _____				Cantidad Recetada N° Letras ____		Cant. Entreg. ____		Precio Unitario ____	
_____				____		____		Importe \$ ____	
_____				____		____		\$ ____	
DIAGNOSTICO _____				_____		Certificado Entrega de Los Medicamentos Facturados		\$ ____ Total de Receta	
Sello Institución _____		Firma y Sello Profesional _____		_____		\$ ____ A Cargo Beneficiario		\$ ____ A Cargo Obra Social	
Rótulo 3 _____		Rótulo 3 _____		Rótulo 3 _____		Rótulo 4 _____		Firma Conforme _____	
_____		_____		_____		_____		Aclaración _____	

MODELO DE CREDENCIAL