

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

Excepciones:

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

- **Con la leyenda "TRATAMIENTO PROLONGADO":**
Hasta dos (2) unidades por especialidad.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

TIPO DE RECETARIO

Oficial: SI (Ver modelo)

Particular: SI

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.

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos

PSICOFARMACOS

Duplicado: SI

Fotocopias: NO

ESPECIALIDADES EXCLUIDAS

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

ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.

Con sello: SI

Manuscrito: NO

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

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

LIMITACIONES CANTIDAD

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

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.

Norma de Atención N°: 5809

Vigencia: 13/11/2025

- 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 Mosaista		Código Profesional o Institución	RECEITA N°	Código Obra Social	1-1270
Fecha de Emisión / /	Número Beneficiario	Cant.	Edad		
Apellido y Nombre		Cantidad Recetada			
		Nº	Letras		
DIAGNOSTICO					
Sello Institución	Firma y Sello Profesional				
Rótulo 3	Rótulo 3	Rótulo 3	Rótulo 4	Firma Conforme	Aclaración
Certifico Entrega de lne Medicamentos Facturados					
\$					
\$					
\$ Total de Recetá					
\$ A Cargo Beneficiario					
\$ A Cargo Obra Social					

MODELO DE CREDENCIAL

