

Norma de Atención N°: 5708

Vigencia: **02/12/2024**

	A CARGO ENTIDAD	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE	VALIDACIÓN ONLINE	PLAN
PLAN MÚLTIPLE (*)	VARIABLE	VARIABLE	SEGÚN PLAN	SI	36200
AUTORIZACIONES ESPECIALES (*4)	VARIABLE	VARIABLE	MANUAL FARMACÉUTICO	NO	36206

### CREDECIAL

Definitiva: SI

Provisoria: SI

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** SI

### TIPO DE RECETARIO (\*3)

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 (\*5)

**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°: 5708

Vigencia: **02/12/2024**

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%	MANUAL FARMACEUTICO
PLAN 5000 APM 40%	
PLAN MATERNO INFANTIL 100%	
DISCAPACIDAD 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) DISCAPACIDAD

La receta se deberá encontrar previamente autorizada por la Entidad, por alguna de las siguientes personas (ver modelo):

DR. CASTELLANO JOAQUIN  
DR. AGLIANO BRUNO SALVADOR  
DRA. CIVICO, MARIA ELENA  
DR. LOMBARDO FABIO

Norma de Atención N°: 5708

Vigencia: **02/12/2024**

DRA. LANZILOTTI MIRTA

### **(\*3) TIPO DE RECETARIO**

Datos a completar por el profesional de su puño y letra y con la misma tinta:

- Denominación de la entidad.
- 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.

**Serán válidas también las recetas confeccionadas en formato digital, con la firma del médico prescriptor realizada en tinta de lapicera y/o birome, electrónica o digital.**

### **(\*4) 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

### **(\*5) 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.**

Norma de Atención N°: 5708  
Vigencia: 02/12/2024

## MODELO DE CREDENCIAL

