

CSIL – SANATORIO JUNIN OBRA SOCIAL

(CSIL Gerenciadora de Salud)

Cod. O.S. 934

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): JULIO 2025

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO:	O.S	AFILIADO	OBSERVACIONES
OSCOEMA	40%	60%	
Anticonceptivos	40%-100%	resto	Anticonceptivos: Se reconocerán los anticonceptivos prescritos por nombre genérico, debiendo las recetas contar con autorización previa (mediante firma y sello) indicándose la cobertura correspondiente del 40% o 100%, ya sea pre-impresa o en forma manual.
PMI	100%	—	PMI: La cobertura será del 100% de descuento con autorización previa. La receta debe estar autorizada y debe figurar la cobertura al 100%. Cobertura en la madre desde el diagnóstico positivo de embarazo hasta 30 días posteriores al parto. Cobertura para el recién nacido hasta el año de vida.
Tratam. Prolongado	40%-50%-70%-100%	resto	Tratamiento Prolongado: (SOLO RECETARIOS OFICIALES CON AUTORIZACION PREVIA) Los recetarios tienen una duración de seis meses y la modalidad para la dispensa es la siguiente: El afiliado concurrirá a la farmacia con el Anexo II (en el cual figuran los datos del afiliado, diagnóstico y detalle de los medicamentos prescritos por el médico de cabecera con la cobertura correspondiente) y la planilla en donde se encuentran los seis recetarios. Cada vez que el afiliado concurra a retirar la medicación, el farmacéutico cortará el recetario correspondiente a la entrega mensual, pero dejando el ANEXO II con los demás recetarios que quedarán en poder del afiliado, para que al concurrir al mes siguiente, el farmacéutico pueda corroborar que dicha medicación está prescrita por un médico. Cuando el afiliado concurra a la farmacia con el último recetario, el ANEXO II quedará en poder del farmacéutico para ser anexado en el último recetario. En el último recetario facturado, deberán anexar la planilla de tratamiento prolongado (ANEXO II). En dichos recetarios se dispensará lo autorizado, debiendo figurar el porcentaje de cobertura a reconocer. No se aceptarán recetas con coberturas mixtas. En los casos que en el recetario no este pre-impresa la cobertura, se aceptaran recetarios manuales con sello de Autorización y cobertura correspondiente. <u>Recordar que las recetas del "Plan Tratamiento Prolongado" tienen el mes estipulado para ser dispensado dentro del mismo, de lo contrario toda dispensa fuera de la fecha, serán debitadas sin posibilidad de re facturación.</u>

Cantidad Máxima de:

PRODUCTOS DISTINTOS POR RECETA: 2(dos) de distinto principio activo

UNIDADES POR RENGLÓN: 1 (uno)

UNIDADES POR TAMAÑO: uno grande o mediano por receta si se encuentra prescripto como



tal.

Los productos de única presentación se consideran de tamaño chico

Tratamiento Prolongado: se dispensará la cantidad de productos y envases que figuren en la receta.

Antibióticos inyectables: Monodosis: cinco (05), Multidosis: uno (01)

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS Para el plan OSCOEMA:

Se reconocerán únicamente los medicamentos prescritos por nombre genérico que figuren en el Vademécum de la Obra social.

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Oficial: Electrónico con leyenda "OSCOEMA Junín", firmado y sellado por el Médico en original, o manual con leyenda "Sanatorio cobertura médica". (ver modelos al pie)

Recetas particulares, de instituciones y propaganda médica: prescritas en original, donde el sello y la firma del profesional prescriptor deberán estar también en original. (no válidos para tratamiento prolongado)

Recetas Electrónicas:

Se podrán aceptar prescripciones confeccionadas a través de diferentes plataformas, (emitidas por cualquier plataforma habilitada por el ministerio de Salud) las que deberán contener obligatoriamente los requisitos de identificación de cada receta, como, por ejemplo: código de barra, número de receta y/o QR. Además de los datos requeridos: Nombre y apellido, N° de afiliado, Fecha prescripción, medicamento genérico, forma farmacéutica, dosis/unidad, concentración.

Las recetas deben indicar que fueron firmadas electrónicamente o digitalmente por el profesional prescriptor (la firma electrónica sustituye legalmente a la firma ológrafa).

Es importante aclarar que el afiliado deberá presentar la receta impresa en la farmacia.» (no válidos para tratamiento prolongado)

- Prescripción por genérico según la ley Nro. 25.649/02
- Cantidad de cada medicamento en números y letras.
- Enmiendas del prescriptor: solo salvadas con su firma y sello (NO válido para recetas electrónicas/digitales).
- Enmiendas del farmacéutico: salvadas por él mismo con conformidad del afiliado/tercero (NO válido para recetas electrónicas/digitales de validación obligatoria)
- Enmiendas del afiliado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

30 días desde la fecha de emisión.

Validez del recetario de Tratamiento Prolongado: la dispensa debe efectuarse dentro del mes que figura impreso en la receta, sin tener en cuenta los 30 días.

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Validación del afiliado: Al momento de la validación, se deberá verificar con la credencial, la afiliación del afiliado. En el campo "N° Afiliado" se deberán ingresar los mismos números que figuran en la credencial sin barra.

Ejemplo afiliado 1184/00 se debe tipear 118400

DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR:

- Medicamentos recetados con sus principios activos correspondientes y cantidad de cada uno en números y letra.
- Diagnóstico (en caso de que figure en la receta el casillero para volcarlo)
- Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- Fecha de prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.
- La tinta de la prescripción y la de la firma del médico deberán coincidir.
- No se aceptan enmiendas sobre corrector líquido.

El nombre y apellido del paciente y el N° de afiliado puede venir preimpreso o estar colocado por el personal administrativo que le entrega las recetas al afiliado.

OTRAS ESPECIFICACIONES:

Cuando el médico :	Deberá entregarse:
No indica contenido.....	El de menor contenido
Equivoca cantidad o contenido.....	El tamaño inmediato inferior
Indica tamaño "GRANDE".....	El siguiente al de menor tamaño
Los productos de única presentación, deberán ser considerados como de tamaño menor.	

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

- De acuerdo al orden de prescripción.
- Incluyendo el código de barras.
- Adheridos con goma de pegar o cinta transparente (no utilizar abrochadora debido a que dificulta la lectura del código de barras).
- Si no tiene troquel, colocar código de barra o la sigla S/T con firma de conformidad del afiliado.
- Fecha de Venta, en caso de que no figure en el comprobante de validación.
- Siempre se debe adjuntar el comprobante de validación, donde consten los precios unitarios y totales, con lo cual la receta puede no ser valorizada, aclarando que la firma del afiliado o tercero debe figurar en la receta y en el comprobante adherido, la falta del mismo es motivo de débito.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio y DNI (la ausencia de estos datos es motivo de débito). En el caso de los recetarios que no poseen casilleros para cada uno de los datos, solo es necesario que figure la firma y aclaración.

Las enmiendas de precios deberán ser salvadas por el farmacéutico y por la persona que retira los medicamentos.



COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 n° 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar

DOCUMENTACION QUE DEBERA PRESENTAR EL AFILIADO/BENEFICIARIO AL MOMENTO DE LA DISPENSA: receta y credencial, y en el caso de tratamiento prolongado, debe presentar también el ANEXO II.

MODELOS DE RECETARIOS OFICIALES

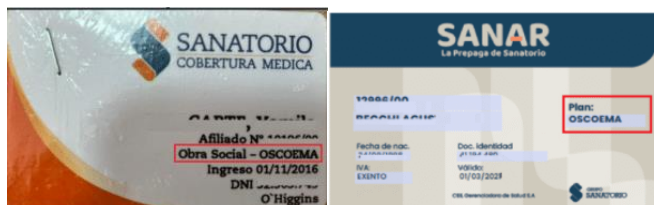
OSCOEMA		OSCOEMA		20121	
JUNIN 126502	JUNIN 126502				
Fecha de Emisión/Vendimiento 27/06/2025 / 27/07/2025	Fecha de Emisión 27/06/2025	Fecha de Vendimiento 27/07/2025	Operador	Fecha Dispensación	Código Farmacia
0000020121		Datos del Afiliado		Código Profesional o Institución -->	
PARA SER ARCHIVADO POR LA FARMACIA		Nombre: Carrera, Alexis David		Código Farmacia	
Datos del Afiliado		ARL: 439900		N° de Orden	
Carrera, Alexis David		Doc.: 36676722			
ARL: 439900		Sexo: Masculino			
Doc.: 36676722		Edad: 33			
Prov.: BUENOS AIRES					
Entidad: OSOCEMA					
Sicotrópicos, Estupefacientes y Antidrogas. No válidos para su facturación. Rp.					
N° de Matrícula		Firma Profesional		Certifico entrega de los medicamentos facturados	
		Sello Institución		Sello	
		Sello Adaración, Firma y matrícula		Firma Farmacéutico	
		Firma Farmacéutico		Total Receta (\$) A Cargo Beneficiario (\$) A Cargo Otra Social (\$)	
		Firma Conforme			
		Firma, adaración, domicilio, tipo y número de Documento del beneficiario o persona que adquiere el/los medicamentos			
		MEDICAMENTOS SUSTITUIDOS			
		N° R.P.		MEDICAMENTO	
		CANTIDAD RECETADA		NROS. LETRAS	
		Firma y Sello del Profesional		Fecha	

COLOCAR TROQUELES EN LA PARTE POSTERIOR DEL RECETARIO

SANATORIO COBERTURA MEDICA		Recetario N° 40451		Fecha de Prescripción		Fecha Dispensación	
Da Mes Año		Institución		Plan		Afiliado N°	
Apellido y Nombre Afiliado		Código de Farmacia		N° de Orden			
Especialidad		COBERTURA 40%					
Medicamento Solicitado / Suplemento / Marca Comercial / Forma Farmacéutica		Dosis / Frecuencia		Dosis / Días		Duración / Tratamiento en días	
Cant. Env.		Total Precio Público		Monto Total a Cargo de la Mutual			
Firma y Sello del Médico		Datos de Afiliado o Tercero		Certifico entrega de los		TOTAL RECETA	
Firma Adaración Domicilio Teléfono Documento Tipo: RP		Sello		Firma Farmacéutico		A CARGO AFILIADO	
Troquel 1		Troquel 2		Observaciones del Farmacéutico		A CARGO MUTUAL	
				Firma			

*VALIDEZ : 30 (treinta) días a partir de la fecha de emisión

MODELOS DE CREDENCIALES





COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 n° 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar

RESUMEN

Presentación: Mensual. Todos los planes en un solo remito.

Plazo de Facturación: hasta dos presentaciones posteriores al mes de dispensa.

Plazo de Refacturación: 60 días desde su recepción.

CUIT

30-70960051-2

CTRL F: para buscar palabra clave.

WEB: WWW.COLFARMA.ORG.AR /

Para consultas sobre esta norma de atención comunicarse a Mesa de Ayuda:

mail: ayudaonline@colfarma.org.ar / Tel: 0810 333 4133 / wsp: 011 51476648