

INTEGRAL GILSA

GILSA S.R.L. para los afiliados de OSPOCE INTEGRAL

Cod. O.S. 406

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): SEPTIEMBRE 2025

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO:	OS:	Afiliado:	OBSERVACIONES
PLAN CEIBO ARRAYAN	50%	50%	La cobertura será del 50%, reconoce únicamente los productos que figuren dentro de Vademécum de la Obra Social, de venta bajo receta y con troquel.
PLAN INTEGRAL	40%	60%	La cobertura será del 40%, reconoce únicamente los productos que figuren dentro de Vademécum de la Obra Social, de venta bajo receta y con troquel.
PLAN MI 850 / MI 2000	40%	60%	La cobertura será del 40%, reconoce únicamente los productos que figuren dentro de Vademécum de la Obra Social, de venta bajo receta y con troquel.
PLAN ROBLE	50%	50%	La cobertura será del 50%, reconoce únicamente los productos que figuren dentro de Vademécum de la Obra Social, de venta bajo receta y con troquel.
PLAN ROBLE PMI	100%	—	La cobertura será del 100%, reconoce únicamente los productos que figuren dentro de Vademécum de la Obra Social, de venta bajo receta y con troquel, <u>siempre con previa Autorización.</u>
PMI (CEIBO y ARRAYAN)	100%	—	La cobertura será del 100%, reconoce únicamente los productos que figuren dentro de Vademécum de la Obra Social, de venta bajo receta y con troquel, <u>siempre con previa Autorización.</u>
PLAN PMOG	40%	60%	La cobertura será del 40%, reconoce únicamente los productos que figuren dentro de Vademécum de la Obra Social, de venta bajo receta y con troquel.
AUTORIZADOS 70% (PAT.CRONICAS)	70%	30%	Previa autorización, reconoce para este Plan, 70% de cobertura en los productos de venta bajo receta y con troquel, que figuren en el PMO, confeccionado según Resol. 310/04 y 758/04 de la S.S.S. y sus modificatorias. A partir del 1/09/2025 las autorizaciones serán emitidas en un formulario de autorización oficial (ver modelo al pie) ya no requieren firma y sello ológrafo del auditor en la orden médica. Se deberá verificar que la fecha de prescripción que informa la autorización corresponda con la fecha de prescripción de la receta. Se deberá adjuntar dicha autorización a la receta para su facturación.
PLAN AUTORIZADO	40%-50%-60%- 70%-80%-90%- 100%		OSPOCE podrá autorizar, independientemente del recetario utilizado y en casos de excepción, productos excluidos del vademécum, mayores cantidades, distinta cobertura (40%-50%-60%-70%-80%-90%-100%), indicando en la autorización los productos, porcentaje y cantidad autorizada. La misma, puede estar en original en la receta o bien en la copia de la receta, la que se deberá presentar junto a la receta original. A partir del 1/09/2025 las autorizaciones serán emitidas en un formulario de autorización oficial (ver modelo al pie) ya no requieren firma y sello ológrafo del auditor en la orden médica. Se deberá verificar que la fecha de prescripción que informa la autorización corresponda con la fecha de prescripción de la receta. Se deberá adjuntar dicha autorización a la receta para su facturación.

Cantidad Máxima de:

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

Para el plan "Patologías Crónicas" 3 (tres) de distinto principio activo.

UNIDADES POR TAMAÑO: 1 (un) sólo envase grande o mediano por receta si se encuentra prescripto como tal.

UNIDADES POR RENGLÓN: Lo necesario para cubrir la prescripción (dosis/día).

Antibióticos inyectables: En envase individual: 5 – Multidosis: 1

RECETARIOS ACEPTADOS

Plan PMOG: Recetarios oficiales, credencial color naranja

Recetario Plan Común: fondo blanco, impreso en verde con leyenda OSPOCE INTEGRAL en el borde izquierdo superior. **Plan Guardavidas:** en la receta figura la leyenda GUARDAVIDAS.

Recetario crónicos: por triplicado (original es blanco, el duplicado rosa y el triplicado amarillo). Requiere autorización previa para los medicamentos crónicos o especiales (70% y 100%).

El cupón 1 tendrá validez de 30 días. Luego los cupones 2 y 3, tendrán un sello en donde se indicará la fecha de validez para cada uno.

El sello y la firma del médico deben encontrarse en original en cada una de las recetas, incluyendo en el duplicado y triplicado de los recetarios crónicos

PMI: chequera oficial. Cobertura de medicamentos para las afiliadas embarazadas desde el diagnóstico positivo de embarazo y hasta 30 días posteriores al parto. Para los bebés hasta el año de edad.

Para los planes que no requieren obligatoriamente el recetario oficial, se podrán aceptar recetas de la "Agregación Médica", según las siguientes opciones:

- Prescriptas en manuscrito
- Prescriptas en formato digital a través de la plataforma "RCTA" (Modelo al pie de la Norma), cumpliendo con los requisitos dispuestos por la ley 27.553, los que siempre deberán contener obligatoriamente el "código de barras" o el "código de traza", donde el sello y la firma del profesional prescriptor también estarán en formato digitalizado (**Siempre el afiliado deberá entregar en la Farmacia la receta impresa**).

– 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 para los recetarios agudos y en el recetario crónico el cupón 1 tendrá 30 días y luego cada cupón tendrá fecha de validez. (ver detalle en recetarios aceptados)

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Al momento de validar, la Farmacia deberá ingresar en el campo N° de Afiliado los 8 dígitos de la credencial del Afiliado más los 2 dígitos posteriores a la barra, sin ingresar la Barra, siendo siempre de 10 dígitos.

Ej: 04318712/00 (Credencial) – 0431871200 (Ingreso en el Validador)

Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento y/o denominación común internacional que se indique seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad con detalle de grado de concentración.

A los efectos de brindar el respectivo porcentaje de descuento, se deberá verificar que el principio activo/genérico de lo prescripto, se halle incluido en el vademécum vigente al momento del expendio, pudiendo entregar cualquier nombre comercial, presentación, concentración y dosis que cuente en su stock, siempre que se corresponda exactamente con la prescripción del profesional y figure en la última publicación del Manual Farmacéutico. En los casos de asociaciones se reconocerán siempre que alguno de los principios activos de su

composición se encuentre en el vademécum, el producto figure en el Manual Farmacéutico y el envase tenga troquel.

AUTORIZACIONES: A partir del 1/09/2025 las autorizaciones serán emitidas en un formulario de autorización oficial (ver modelo al pie) ya no requieren firma y sello ológrafo del auditor en la orden médica.

Se deberá verificar que la fecha de prescripción que informa la autorización corresponda con la fecha de prescripción de la receta.

Se deberá adjuntar dicha autorización a la receta para su facturación.

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

- Nombre y Apellido del paciente.
- N° de afiliado.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra.
- Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- Fecha de prescripción.
- Diagnóstico, la falta del mismo será motivo de débito.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
- Adheridos con goma de pegar o cinta transparente (no utilizar abrochadora debido a que dificultan 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.
- La receta se debe encontrar siempre valorizada, aunque se acompañe del comprobante de validación.
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando, DNI y domicilio.
- Las enmiendas de precios deberán ser salvadas por el farmacéutico y por la persona que retira los medicamentos.

MODELOS DE RECETARIOS SEGUN PLAN

Modelo de Recetario Agudo

Formulario de Receta Medicamentos de la GPOC-INTERGRAL. El formulario está dividido en varias secciones: Datos del Paciente (Nombre, Apellido, N° de Afiliado, Fecha de Prescripción, Edad, Sexo, Estado Civil, Domicilio, Teléfono, Correo Electrónico), Diagnóstico (Código de Diagnóstico, Descripción del Diagnóstico), Medicamentos (Nombre del medicamento, Cantidad, Forma farmacéutica, Potencia, Fecha de Prescripción, Firma y Sello del Profesional), y Firma del Profesional (Nombre, Apellido, N° de Matrícula, Fecha de Prescripción). En la parte inferior, hay un espacio para el sello de la farmacia y la firma del afiliado o tercero.

Modelo de Chequera PMI

Formulario de Chequera PMI de la GPOC-INTERGRAL. El formulario está dividido en varias secciones: Datos del Paciente (Nombre, Apellido, N° de Afiliado, Fecha de Prescripción, Edad, Sexo, Estado Civil, Domicilio, Teléfono, Correo Electrónico), Diagnóstico (Código de Diagnóstico, Descripción del Diagnóstico), Medicamentos (Nombre del medicamento, Cantidad, Forma farmacéutica, Potencia, Fecha de Prescripción, Firma y Sello del Profesional), y Firma del Profesional (Nombre, Apellido, N° de Matrícula, Fecha de Prescripción). En la parte inferior, hay un espacio para el sello de la farmacia y la firma del afiliado o tercero.

[illegible]

 923000083852		 5773002	
Federico Pau CLINICA MEDICA Matricula I			
Paciente:		Sexo: Femenino	
Data:			
O.R.			
PLAN: N° Credencial:			
Rx:			
Diagnóstico:			
<i>Esta receta fue creada por un emisor inscripto en el Registro de Recetas Electrónicas implementado por el Ministerio de Salud de la Nación.</i>			
		 Dr. Federico Pau Especialista en Clínica Médica	
0796/2023		FIRMA Y SELLO	
		Especialista en Clínica Médica Federico Pau	

GLISA S.R.L.
Calle 57 y 11 Nro. 796 La Plata
Tel: 02214232613 Fax:
8:30 a 19:30 los Lunes a Viernes

Nro Autorización: **1.934.086**

Fecha: **07/07/2025**

Cod Control: **BV3.JM5HG7**

PRESTADOR SOLICITANTE

Nombre: **agremiación medica platense**

Domicilio:

Teléfono:

Localidad:

Cod Post:

DATOS DEL AFILIADO

Nro Cred: **18.399.239/00**

Plan: **Amazán**

Documento: **18.399.239**

Nombre: **SEGURA, CARLOS CEFERINO - Cond IVA: EXENTO**

Edad: **58**

Diagnóstico: **Diabetes**

FECHA DE PRESCRIPCION 07/07/2025

PRACTICAS AUTORIZADAS	CANT	CODIGO
FENOFIBRATO MICRONIZADO RICHET 200 mg caps x 30 - 70% JULIO - FECHA DE PRESCRIPCION 07/07/2025	2	56046

Sujeto a auditoría médica posterior de INTEGRAL

PRACTICAS NO AUTORIZADAS	Solicitado	Rechazado	CODIGO	OBSERVACIÓN

EFFECTOR AUTORIZADO

Nombre: **colegio de farmaceuticos de pcia. bs.as.**

Domicilio:

Localidad:

¡Firma y sello del efector!

Obtenida

07/07/2025

Firma y sello del efector

Fecha de realización

Firma del beneficiario

La presente autorización vence a los 30 días de la prescripción médica

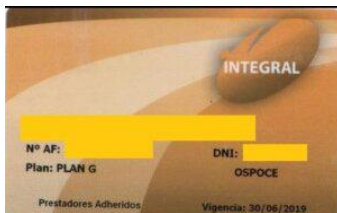
Observaciones:

MODELOS DE CREDENCIALES

Modelo de Credencial para Afiliados de Provincia de Buenos



Modelo de CREDENCIAL UNICAMENTE para Plan PMOG:



CREDENCIAL PMI PLAN ROBLE (PROVISORIA)



OSPOCE INTEGRAL: Modelo de Credencial Virtual

En la misma podrá identificar el estado del Afiliado para proceder con la dispensa, ya que en el campo "Descuento Farmacia" se verá si el Afiliado está Activo o Inactivo, según muestran las imágenes a continuación:

Afiliado ACTIVO:



Afiliado INACTIVO:



RESUMEN

Planilla: Carátula On Line
Cantidad: Una
Presentación: mensual

CUIT

30-65430356-4

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