



MAWDY S.A.
(ex Ibero Asistencia S.A)

Cód. O.S. 10955

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): AGOSTO 2026

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO:	O.S.	AFILIADO	OBSERVACIONES
PLAN COMUN	50%	50%	La receta debe estar acompañada por la correspondiente autorización emitida por Mawdy S.A. LA AUSENCIA DE LA AUTORIZACIÓN SERÁ MOTIVO DE DEBITO
SALUD PLATINIUM 1000	50%	50%	
SALUD PLATINIUM PLUS	50%	50%	
SALUD PLATINIUM PLUS 1	50%	50%	
SALUD PLATINIUM	50%	50%	
SALUD INTEGRAL PLUS	50%	50%	

PRODUCTOS POR RECETA: TRES (3)
UNIDADES POR RENGLON:HASTA 1 (UNO)
UNIDADES POR TAMAÑO: LO PRESCRIPTO POR EL MEDICO
NO INDICA TAMAÑO: ENTREGAR MENOR TAMAÑO
CUANDO INDICA GRANDE: ENTREGAR TAMAÑO SIGUIENTE AL MENOR
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES: Monodosis: hasta cinco (5) – Multidosis: hasta uno (1)

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

PARTICULAR, AGREMIACION/FEDERACION MEDICA:SI, con firma y sello del prescriptor en original.

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

- NOMBRE DE LA ENTIDAD
- Nombre y Apellido del paciente.
- N° de documento o N° de CUIL.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (si no expresa cantidad se expendirá solo uno)
- Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- No se aceptan enmiendas sobre corrector líquido.
- **Para la facturación: Adjuntar comprobante de validación donde consten los precios unitarios y totales, caso contrario la receta deberá ser valorizada, aclarando que la firma del afiliado solo debe figurar en la receta y no en el ticket o comprobante de validación antes mencionados.**



Recetas Electrónicas: Se podrán aceptar prescripciones confeccionadas a través de diferentes plataformas, (habilitada por el ministerio de Salud según ley 27.753) 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 DNI, 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 siempre deberá presentar la receta impresa en la farmacia.

Adjuntar a la receta la AUTORIZACION DE MAWDY S.A. Siendo válidas las Autorizaciones remitidas vía mail a la FARMACIA.

- 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

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

EL DESCUENTO SE DEBERA REALIZAR A LOS BENEFICIARIO APLICANDO SOLO AL TITULAR DE LAS SIGUIENTES TARJETAS HENDEL, FALABELLA CENCOSUD, BANCO HIPOTECARIO, BANCO GALICIA. ESTOS DEBEN PRESENTAR DNI SIEMPRE.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

- Adjuntar los **troqueles** del siguiente modo:
- Incluyendo el 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 la copia del ticket o presupuesto o comprobante de validación.
- Adjuntar comprobante de validación donde consten los precios unitarios y totales, caso contrario la receta deberá ser valorizada, aclarando que la firma del afiliado solo debe figurar en la receta y no en el ticket o comprobante de validación antes mencionados.
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero interviniente, aclarando la persona que retira nombre completo.
- Las enmiendas de precios deberán ser salvadas por el farmacéutico y por la persona que retira los medicamentos.

ANTES DE RECHAZAR UNA RECETA POR NO CUMPLIR CON LOS REQUISITOS DE ESTA NORMA OPERATIVA, COMUNICARSE AL TELEFONO 0810-888-0001



MODELO DE AUTORIZACION

Sistema Internacional de Asistencia MAPFRE

PARA:	
DE:	MAWDY
FECHA:	
ASUNTO:	AUTORIZACION DESCUENTO EN FARMACIA

A quien corresponda:

Por medio del presente se envía la autorización de descuento respecto de los medicamentos recetados.

La receta debe ser presentada al momento del retiro de los medicamentos para ser validada por el farmacéutico. La misma debe contar con los siguientes datos y características:

- 1- Denominación de la institución/ profesional que receta el/los medicamentos
- 2- Nombre y apellido del paciente
- 3- Medicamentos recetados por principio activo, con una marca sugerida incluida en el vademécum (**hasta 3 renglones, hasta 1 envase por renglón**).
- 4- Cantidad de cada medicamento.
- 5- Firma y sellos con número de matrícula y aclaración
- 6- Fecha de prescripción (la validez será desde el día de la prescripción hasta los 30 posteriores)

Nombre:

DNI:

Medicamentos:

ME:

Tope: 50%

EXCLUSIONES

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS: MANUAL FARMACEUTICO

POR DROGA
eritropoyetina recomb. Humana (3664)
interferón alfa 2 B (689)
interferón beta (698)
interferón gamma (923)
orlistat (1205)
riluzol (1039)
sildenafil (1213)
insulina humana (1103)
interferón beta 1 A (11140)
interferón beta 1 A sin albumina (11141)
interferón alfa 2 A (665)

POR FORMA FARMACEUTICA	
Cremas dentales (39)	Antiviral contra HIV (600)
Leches maternizadas (56)	Citostático (73)
Leches medicamentosas (57)	Complemento dietario (283)
Solución de uso externo/Loción (27)	Cosmético capilar (165)
Tiras reactivas (18)	Dermatocosméticos (412)
POR ACCION FARMACOLOGICA	Edulcorantes (86)
Adelgazante (462)	Factor estim. Crec. Granulocitos (206)
Alimento infantil (527)	Inmunosupresor (15)
Anabólicos (19)	medicamentos oncológicos (73)
Análogo hormona de crecimiento (802)	Producto alimenticio (18)
Anticonceptivo (36)	Vacunas (sin cobertura)
Antineoplásico (55)	

POR TIPO DE VENTA
Venta libre (1)

RESUMEN

Planilla: On Line

Cantidad: Una

Presentación: MENSUAL.

CUIT



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

30-64331568-4

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