

O.S.A.P.

Obra Social Aceros Paraná S.A. y Empresas Antecesoras

Cod. O.S. 80050

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): JULIO 2025

COBERTURA DEL SERVICIO

Para toda la Provincia de Buenos Aires, excepto los Partidos de: Pergamino, Ramallo y San Nicolás.

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO:	OSAP	AFILIADO	OBSERVACIONES
Plan común/PMI:			
Dentro del F.T IOMA (Afiliados Activos)	70%	30%	Tendrán cobertura del 70% aquellos medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico Ambulatorio de IOMA .
Dentro del F.T IOMA (Afiliados Jubilados, Adherentes, Monotributo)	40%	60%	Tendrán cobertura del 40% aquellos medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico Ambulatorio de IOMA .
Fuera del F.T. IOMA (Afiliados Activos)	40%	60%	Tendrán cobertura del 40% aquellos medicamentos que no estén incluidos en el Formulario Terapéutico Ambulatorio de IOMA
Fuera del F.T. IOMA (Afiliados Jubilados, Adherentes, Monotributo)	SIN COBERTURA		

Plan Materno Infantil:			
Dentro del F.T IOMA	100%	--	Tendrán cobertura del 100% aquellos medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico de IOMA, mientras que los excluidos tendrán dicha cobertura cuando la receta se encuentre debidamente autorizada . Tendrán una cobertura del 40% cuando la receta no se encuentre
Fuera del F.T. IOMA	100% (en recetas autorizadas)	--	
	40% (en recetas no autorizadas)		
Rec. Autorizadas:	% Autorizado		

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

PRODUCTOS POR RENGLON: 1 (uno)

TAMAÑOS POR RECETA: 1 (un) envase **grande** o **mediano** por receta si se encuentra prescripto como tal. Si no indica tamaño se entregará el menor.

Antibióticos Inyectables: envase indiv.: 4 (cuatro) – multidosis: 1 (uno)

Reconocimiento bajo Normas Especiales, solo con autorización de OSAP (en PLAN COMUN y PMI):

-Todo medicamento reconocido dentro del F.T. de IOMA como Uso Normalizado.

-Listado de Acciones Farmacológicas, según Anexo I (2).

Productos Excluidos (dentro o fuera del F.T.), según clasificación Manual Farmaceutico, Anexo II.

La O. Social podrá **autorizar** recetas que contengan medicamentos excluidos, aumentar la cobertura original (si el medicamento está dentro o fuera del F.T.) o aprobar mayores cantidades que las reconocidas. Indicando la cobertura reconocida; con la firma y aclaración del autorizante.

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Recetarios particulares: Pueden utilizarse cualquier tipo de recetario (propios del profesional, de Agronomía médica, de clínicas o sanatorios, etc.) debiendo contar con los siguientes datos:

- Apellido y nombre del afiliado
- Número de afiliado
- Fecha
- Diagnóstico (el diagnóstico médico deberá estar especificado para cada Rp.)
- Firma y sello del profesional interviniente

Las prescripciones válidas para la dispensa son las siguientes:

- Recetas prescriptas en original, donde el sello y la firma del profesional prescriptor deberán estar también en original.
- Recetas prescriptas en formato digital/computadora, donde el sello y la firma del profesional prescriptor deberán estar en original.
- Recetas prescriptas en formato digital, las que deberán contener obligatoriamente el “código de barras”, donde el sello y la firma del profesional prescriptor también estarán en formato digitalizado. Es importante aclarar que el afiliado siempre deberá presentar la receta impresa en 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 (treinta) días contados desde la fecha de prescripción del médico.

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Adjuntar copia de ticket o presupuesto o comprobante de validación donde consten los precios unitarios y totales, importes a cargo de la obra social y del afiliado y fecha de dispensa, caso contrario la receta deberá ser valorizada.

Deberá verificarse que el número de afiliado se encuentre colocado en la receta en forma correcta y completa, ya que en caso contrario será motivo de débito. Asimismo, se aclara que el número completo debe incluir la barra y un dígito que identificará la calidad del afiliado, de acuerdo al siguiente ejemplo: 012243/1 Af. Titular; 012243/2 Af. a cargo-esposa; 012243/3 Af. a cargo-hijo.

Si alguno de los medicamentos no fuera entregado, el farmacéutico deberá colocar el motivo de la no dispensación en la receta, con firma conforme del afiliado.

El afiliado o tercero al retirar la medicación deberá colocar en la receta: firma, aclaración, domicilio y DNI.

No se aceptan enmiendas salvadas sobre corrector líquido.

IMPORTANTE!:

Las credenciales son plásticas, tipo tarjeta de crédito, con los datos personales impresos en relieve, con los grupos identificados como **ACTIVOS, JUBILADOS y ADHERENTES**. A estos dos últimos deberá exigírsele el cupón de pago de cuota al día.

EXCLUSIONES

Anexo II Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, Acción Farmacológica.

Adelgazante	Complemento dietario	Inmunomodulador
Agonista LHRH	Crema dental	Inmunosupresor
Alimento dietético	Crema dental Antisarro	Leche p/embarazada
Alimento funcional	Crema dental p/dien.sensibles	Nutrición enteral
Alimento infantil	Crema dental p/encías irritadas	Nutrición esp.p/HIV o SIDA
Análogo hormona de crecimiento	Crema dental p/fumadores	Nutrición isotónica balanceada
Anorexígeno	Dieta elemental c/glutamina	Nutrición p/pacientes diabéticos
Anorexígeno Lipolítico	Disminuye rechazo transp.renal	Nutrición p/pacientes renales
Antiandrógeno	Edulcorante	Nutrición parenteral
Antibiótico Antineoplásico	Energizante masc/fem. Supl.diet	Producto alimenticio
Antibiótico Tuberculostático	Espesante instant.p/alimentos	Sal bajo cont.en sodio
Anticardiotóxico	Factor estim.crec.granulocitos	Somatotrópico
Antiestrogenico	Factor recombinante humano	Suplemento dietario
Antileucémico	Farmaco antiobesidad no sistémica	Suplemento nutricional
Antimetabolito	Fort.leche materna p/prematuros	Sustituto de la sal
Antineoplásico	Freno a las calorías	Trat. De la obesidad
Antiviral contra HIV	Hormonosupresor	Trat.acromegalia/tum.neuroendóc.
Citoprotector	Hormonoterapia antineoplásica	Trat.artritis reumatoidea
Citostático	Inhibidor de la proteasa	Trat.carcinoma de vejiga
Coadyuvante en oncología	Inmunoestimulante	Trat.disfunción sexual masc.

Anexo II. Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, por Droga

adalimumab	granisetron	interferón Ó2b+ribavirina	rosiglitazona + metformina
alefacept	interferón alfa	mycobacterium bovis	Sildenafil
basiliximab	interferón alfa 2 A	ondansetrón	stavudina

busereline	interferón alfa 2 B	palivizumab	suero antilinfocitario
copolímero-1	interferón alfa 2 B pegilado	palonosetrón	suero antitimocitario
efalizumab	interferón beta	pemolina magnesio	toremifeno
etanercept	interferón gamma	rosiglitazona	triac
fentanilo	interferón Ó2b pegil.+ribavirina	rosiglitazona +glimepirida	tropisetrón

Anexo II. Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, por forma farmacéutica:

Barritas/Galletitas	Cremas dentales
Batidos/Puré/Jugos/Otros alimentos	leches enteras/Desc.

Anexo II. Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, por Tipos de Venta:

Tipos de Venta 1 (Productos de Venta Libre)

Anexo II. Exclusiones según Clasificación SIFAR:

Internación
medicamentos especiales

Anexo I Reconocimiento bajo Normas especiales, según clasificación Manual Farmaceutico, acción farmacológica:

Anovulatorio	Hipolipemiente (*)
Anticonceptivo	Hipolipemiente Antiag.plaquetar. (*)
Anticonceptivo/Supl.de Hierro	Hipolipemiente Hipoglucemian. (*)
Endoceptivo	Inhibid.absorción de colesterol (*)
Espemicida	Preservativo femenino
Hipocolesterolemante (*)	Profilácticos

Requieren de autorización previa los excluidos del F.T. de IOMA.

Anexo I Reconocimiento bajo Normas especiales, únicamente en PMI, con autorización previa, según clasificación Manual Farmaceutico, forma farmacéutica:

Leches maternizadas

Lechas medicamentosas

RESUMEN

Planilla: On Line

Cantidad: Una

Presentación: Mensual

Facturación: por separado el PMI del Plan Común

CUIT

30-51587363-1

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