



## OSECAC

### OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO Y ACTIVIDADES CIVILES

Cod. O.S. 12620

**NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): NOVIEMBRE 2024**

## COBERTURA DEL SERVICIO

Almirante Brown, Baradero, Bartolomé Mitre, Chacabuco, General Arenales, General Rodríguez, Leandro N. Alem, Lincoln, Luján, Saavedra, San Andrés de Giles, San Pedro, San Vicente, Tandil, Tres Arroyos y 25 de Mayo.

## VALIDACION OBLIGATORIA

## DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

| DESCUENTO | OS                     | AFILIADO | OBSERVACIONES                                                                                           |
|-----------|------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Activos   | 40% o 70% o Monto Fijo | resto    | Reconoce los medicamentos prescritos por nombre genérico, incluidos en el Vademécum OSECAC Ambulatorio. |
| Pasivos   | 50% o 70% o Monto Fijo | resto    |                                                                                                         |
| PMI       | 100%                   | —        | Reconoce los medicamentos prescritos por nombre genérico, incluidos en el Vademécum de OSECAC PMI.      |
| PPI       | 70%                    | 30%      | Reconoce los medicamentos prescritos por nombre genérico, incluidos en el Vademécum OSECAC PPI.         |

Aclaremos que las recetas de PMI no pueden tener descuentos mixtos, es decir, no podrá ser dispensado un RP al 100% y otro RP al 40%.

### Cantidad Máxima de:

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

**PRODUCTOS POR RENGLÓN:** 1 (uno)

Si en la receta consta la leyenda "Tratamiento Prolongado" de puño y letra del profesional prescriptor, pueden dispensarse hasta 2 (dos) unidades por especialidad

Antibióticos inyectables: Monodosis: 5 (cinco), Multidosis: 1 (uno)

**TAMAÑOS POR RECETA:** Si especifica, se dispensará lo requerido. Si no indica tamaño se dispensará el menor. Si indica "tamaño grande", se expenderá el inmediato siguiente al menor. Si el tamaño menor estuviera faltante o dado de baja, se podrá dispensar el de mayor contenido, pero se facturará a OSECAC el importe correspondiente al menor, quedando la diferencia a cargo del afiliado.

## TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

**Recetario oficial:** blanco impreso en negro, logo azul con centro negro. Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del Profesional y con la misma tinta:

- Apellido y nombre del beneficiario (titular y paciente).
- Número del beneficiario.
- Fecha de prescripción de la receta.
- Aclaración en letras y números de las unidades prescritas.
- Firma y sello del médico u odontólogo (el sello debe constar de aclaración de firma, "medico", "odontólogo" o



“especialidad”, número de matrícula, si es nacional o provincial). En las recetas informatizadas, NO es necesario que en el sello del profesional que prescribe, esté presente la palabra “MEDICO” o “ESPECIALIDAD”; el tipo y número de matrícula sí es obligatorio.

**Aclaración:** Es válido el recetario con prescripción informatizada con logo OSECAC en el cual los datos del beneficiario y de los medicamentos con su correspondiente cantidad prescrita se encuentran pre-impresos. Si el número de envases es mayor a 1, el sistema colocará automáticamente la leyenda **Tratamiento Prolongado**. En estos recetarios el médico deberá colocar solo el sello profesional, la firma y el número de matrícula.

#### Otros recetarios:

**Recetas electrónicas de HELIOS SALUD:** De forma excepcional se aceptarán las recetas membretadas de la empresa: HELIOS SALUD. (ver modelo al pie)

Estos recetarios de Helios Salud son válidos únicamente para recetas con diagnóstico “fibrosis quística”, para medicación referente a dicha patología.

Las mismas deberán ser validadas con el siguiente número: **120300-55555555** (ver modelo al pie)

Durante la emergencia sanitaria y hasta previo aviso, la Obra Social aceptará el modelo de recetario electrónico, detallado al pie de la norma.

- 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 entre prescripción y dispensación. (Verificar la validez que figura impresa en el recetario, pasada esa fecha solo con autorización de OSECAC.)

---

## DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

#### Datos a completar por la Farmacia:

- Número de orden de la receta (deben ordenarse de acuerdo a la fecha de expendio).
- Fecha de venta: día, mes y año (en el caso de dispensar una receta del 1 al 9 de cada mes, completar con cero a la izquierda Ej.: 01).
- Precios unitarios y totales.
- Cantidad de envases entregados en números.
- Código otorgado por la Obra Social, firma y sello de la Farmacia.
- Adjuntar troqueles de acuerdo al orden de prescripción: adherir los troqueles de los envases dispensados en el orden en que figuran en la receta.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento.
- Adjuntar copia del ticket de venta (emitido por el Controlador Fiscal) o comprobante interno de la Farmacia con número de ticket fiscal abrochado a la receta (firmado y aclarado por el afiliado o tercero). Si tiene Impresora Fiscal homologada por la D.G.I. deberá adjuntar el voucher que emite el controlador fiscal con carácter de no fiscal; si tiene Caja Registradora Fiscal homologada por la D.G.I., deberá adjuntar a la receta el ticket emitido por el sistema interno de la farmacia, consignado en el mismo el número de ticket de la registradora fiscal. Se deberá emitir un ticket por receta, o caso contrario (por diferencia de cobertura), dos tickets con igual fecha de venta por receta.

Aclaremos que la ausencia de algunos de estos datos será causal de débito.

Para sustitución ver anexo del Instructivo de Vademécum, deberá estar avalada por el Farmacéutico, completando el campo de sustitución en la receta, con datos de la sustitución, firma y sello de la Farmacia.

#### Documentación a presentar por el afiliado:

- Credencial: Oficial sin cupón de validez.
- En el caso de Afiliados PMI: comprobante de empadronamiento – Resolución Gratuidad.
- Documento de identidad: del beneficiario o tercero.
- Recibo de Haberes: antigüedad no mayor a 90 días.

Los siguientes motivos de débitos son rechazos no refacturables:

- Falta fecha de prescripción.
- Falta troquel.
- Recetario no oficial.



- Afiliado inexistente en el padrón o dado de baja.
- Receta vencida - Receta vencida para refacturar.
- Medicamento fuera de vademécum.
- Recetario fuera de vigencia.
- Troquel no se corresponde con lo dispensado.
- Plazo vencido para refacturar.
- Receta duplicada.
- No coinciden datos de la receta con la validación.
- Receta no validada.
- Troquel reutilizado.
- Troquel con leyenda.
- Troquel rechazado en validación.
- Receta cancelada en la validación.
- Medicamento vendido y no validado.

**OSACAC - Ejemplo de troquel de Medicamentos  
que NO se deben dispensar**



## MODELOS DE RECETARIOS

### Modelo de Recetario Pre-impreso

|                                                                         |                                 |                                 |                                 |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Para la Farmacia                                                        |                                 | 1-50002545                      |                                 |
| <b>OSACAC</b>                                                           |                                 | Fecha Presc. 10/08/2012         |                                 |
| Calle 5 n° 966 - La Plata (1900)                                        |                                 | Centro Cali Center              |                                 |
| SERIO MARTA                                                             |                                 |                                 |                                 |
| DNI 45                                                                  |                                 |                                 |                                 |
| Tipo: Jubilado                                                          |                                 |                                 |                                 |
| Firma del Beneficiario                                                  |                                 |                                 |                                 |
| METFORMINA - 500 MG COMP.REC.X 30 (de puño y letra)                     |                                 |                                 |                                 |
| MEDOBIS Envases: 2                                                      |                                 |                                 |                                 |
| CLONAZEPAM - 1 MG COMP.X 30 (de puño y letra)                           |                                 |                                 |                                 |
| DIOCAM Envases: 1                                                       |                                 |                                 |                                 |
| Fecha Presc. para el ____/____/____                                     |                                 |                                 |                                 |
| Sello, Aclar. Prof. Título N° Matrícula JEFE DE DIA (SOLO CAPACITACION) |                                 |                                 |                                 |
| Sustitución por Farmaceutico:                                           |                                 |                                 |                                 |
| Fecha de Venta: ____/____/____                                          |                                 |                                 |                                 |
| Firma y Sello Farmaceutico:                                             |                                 |                                 |                                 |
| T<br>R<br>O<br>Q<br>U<br>E<br>L                                         | T<br>R<br>O<br>Q<br>U<br>E<br>L | T<br>R<br>O<br>Q<br>U<br>E<br>L | T<br>R<br>O<br>Q<br>U<br>E<br>L |
| 1                                                                       | 2                               | 3                               | 4                               |

### Modelo Receta Electrónica

|                                  |                                 |                                   |
|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Para la Farmacia                 |                                 | Centro APRESA - ONCE - Larrea 244 |
| <b>OSACAC</b>                    |                                 | 562-91231032                      |
| Calle 5 n° 966 - La Plata (1900) |                                 | Fecha Presc. 23/10/2024           |
| MARTA SUSANA                     |                                 |                                   |
| LC 557                           |                                 |                                   |
| Tipo: Jubilado                   |                                 |                                   |
| Firma del Beneficiario           |                                 |                                   |
| MAGNESIO - COMP.REC.X 30 ( )     |                                 |                                   |
| TOTAL MAGNESIANO Envases: 1      |                                 |                                   |
| MAGNESIO - COMP.REC.X 30 ( )     |                                 |                                   |
| TOTAL MAGNESIANO Envases: 1      |                                 |                                   |
| Dra. MANTERO YANINA              |                                 |                                   |
| N° Matrícula M.N.113485          |                                 |                                   |
| Sello, Aclar. Prof. Título       |                                 |                                   |
| Firma Profesional                |                                 |                                   |
| Sustitución por Farmaceutico:    |                                 |                                   |
| Fecha de Venta: ____/____/____   |                                 |                                   |
| Firma y Sello Farmaceutico:      |                                 |                                   |
| T<br>R<br>O<br>Q<br>U<br>E<br>L  | T<br>R<br>O<br>Q<br>U<br>E<br>L | T<br>R<br>O<br>Q<br>U<br>E<br>L   |
| 1                                | 2                               | -                                 |

|                                  |
|----------------------------------|
| Centro APRESA - ONCE - Lar       |
| 562-91231032                     |
| Fecha Presc. 23/10/2024          |
| MARTA SUSANA                     |
| LC 557                           |
| Tipo: Jubilado                   |
| TOTAL MAGNESIANO - INDICACIONES- |
| 1 comprimido                     |
| 1 vez por dia (cada 24 horas)    |
| Durante 180 dias                 |
| TOTAL MAGNESIANO - INDICACIONES- |
| 1 comprimido                     |
| 1 vez por dia (cada 24 horas)    |
| Durante 180 dias                 |

## Nuevo modelo de receta electrónica Dic 2024



Centro: CALL CENTER  
Dirección: Rivadavia 611  
E-mail: gms@osebac.org.ar  
Fecha Presc: 06/12/2024

Recetario



1-50065671  
Nº Afiliado



01-99999999

Afiliado: BENEFICIARIO INEXISTENTE  
DNI: 99999999 F. Nac: 01/01/1987 Sexo: Femenino  
Plan: PMI T.Prolongado: SI  
Diagnóstico: alivio de dolor mediante medicación (hallazgo)

RP/

NAPROXENO - COMPLEX 10  
ALIDASE 500 Envases: 2

**Indicaciones**  
1 comprimido 1 vez por día (cada 24 horas) Durante 20 días

Médico: gms gms  
Matrícula: MN.123789  
Especialidad: Clínica Médica  
Correo: gms@osebac.org.ar



Firma: \_\_\_\_\_



Este recado debe validarse on-line ingresando el número de recetario  
Esta receta fue creada por un emisor inscripto y validado en el Registro de Recetarios  
Electrónicos del Ministerio de Salud de la Nación (Resolución 1989/2024)



## Modelo único de recetario: HELIOS SALUD

**HELIOS TALUS**

CASTINEIRAS ANA VICTORIA ELSA  
Médico Fibrosis Quística  
MN 90293  
Peru 1515 / Carabobo 825 / Mendoza 2772 CABA

Paciente:  
F. Nacimiento:  
DNI:

OSEAC Afiliado:  
Sexo:

Rp:  
Trimetoprima/sulfametoxazol 160/800mg  
2 caps por día  
28 días

Diagnóstico: Fibrosis quística

Fecha:  
29/07/2024

Ana Castañeda  
Médico  
Fibrosis y enfermedades Virales

Este recibo fue creado por un sistema interactivo y validado en el Registro de Recibos de Diagnóstico del Ministerio de Salud de la Nación.  
(Resolución 1984/2014)

QR code

Barcode

## RESUMEN

### Planilla: Carátula y resumen de OSECAC

**Cantidad:** Triplicado

**Presentación:** mensual

**Facturación:** todos los planes por separado. Se debe enviar cada lote por tipo de descuento. La carátula y el resumen de recetas, deberán estar firmados y sellados por el responsable de la Farmacia.

Plazo para presentación de la Facturación: no deberá excederse de 30 días desde el expendio. No se admiten recetas presentadas con anterioridad Ej.: recetas del mes de Agosto presentadas junto con la facturación de Julio.

Plazo para presentar refacturaciones: hasta 3 (tres) meses a partir de la fecha de venta.

## CUIT

30-55027355-8

**CTRL F:** para buscar palabra clave.

WEB: [WWW.COLFARMA.ORG.AR](http://WWW.COLFARMA.ORG.AR) /

Para consultas sobre esta norma de atención comunicarse a Mesa de Ayuda:  
mail: [ayudaonline@colfarma.org.ar](mailto:ayudaonline@colfarma.org.ar) / Tel: 0810 333 4133 / wsp: 011 51476648