



2OSFATLYF

OBRA SOCIAL FEDERACION ARGENTINA DE TRABAJADORES DE LUZ Y FUERZA

Cod. O.S. 701

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): ENERO 2026

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO	OS	AFILIADO	OBSERVACIONES
Plan PMO (ex BÁSICO) Ambulatorio	40%	60%	Se reconocerán todos los medicamentos, prescriptos por nombre genérico, incluidos en el Vademécum Ambulatorio PMO 40%, con una cobertura del 40%.
Plan PMO (ex BÁSICO) Crónicos	70%-100%	resto	Se reconocerán todos los medicamentos, prescriptos por nombre genérico, incluidos en el Vademécum Crónicos PMO, con una cobertura del 70% ó 100% según empadronamiento.
Plan ESPECIALES y ADHERENTES Amb	40%	60%	Se reconocerán todos los medicamentos, prescriptos por nombre genérico, incluidos en el Vademécum Ambulatorio Especial 40%.
Plan ESPECIALES y ADHERENTES Crónicos	70% – 100%	resto	Se reconocerán todos los medicamentos, prescriptos por nombre genérico, incluidos en el Vademécum Crónicos Especiales, con una cobertura del 70% ó 100% según empadronamiento.
Plan PMI	40% – 50%-100%	resto	Se reconocerán a MADRES/EMBA-RAZADAS (hasta un mes después del parto) todos los medicamentos, prescriptos por nombre genérico, incluidos en el Vademécum Plan Materno con un 100% de cobertura.
			Para los medicamentos que estén fuera del vademécum, la cobertura será con los descuentos habituales de 40% á 50%, (Vademécum Ambulatorio PMO o Ambulatorio Especial, según corresponda).
			NIÑOS HASTA EL 1° AÑO DE VIDA: Se reconocerán, todos los medicamentos, prescriptos por nombre genérico, incluidos en el Vademécum Plan Infantil según corresponda, con un 100% de cobertura.
			LECHES: exclusivamente con voucher autorizante de la Obra Social (además de la receta). Se factura con caratula sin validar. (ver modelo del voucher al pie de la norma). No aplica tope.



PLAN CRONICOS: Los afiliados empadronados no serán alcanzados por el tope de 2 recetas ó 4 unidades por mes, en las drogas declaradas en el empadronamiento.

Anticonceptivos: se reconocerán únicamente los productos que figuran en el Vademécum Anticonceptivos, con el 50% ó 100% de cobertura, sólo para los Planes Especiales y Adherentes.

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

UNIDADES POR RENGLÓN: 01 (uno)

Antibióticos Iny: Respuesta del validador

Anticonceptivos: hasta 1 (un) envase por receta y por mes, sólo en Plan Especiales y Adherentes.

RECONOCIMIENTO DE TAMAÑO:

La cantidad de medicamentos por renglón es uno, independientemente del tamaño.

Si no se especifica cantidad, se debe entregar el envase de menor contenido.

Si sólo se indica la palabra grande, se debe dispensar la presentación siguiente a la menor.

Si se equivoca la cantidad y/o contenido, se debe entregar el tamaño inmediato inferior al indicado.

AUTORIZACIONES ESPECIALES

Si bien se ha establecido en el validador, el tope de 2 recetas ó 4 unidades por afiliado por mes, el consumo de una tercera receta o quinta unidad, además de % mayor de descuento, podrá ser autorizada por los Sindicatos mediante firma y sello de la autoridad competente de cada delegación.

En estos casos el afiliado deberá acompañar la receta con dicha autorización impresa y validarlo de la siguiente forma: colocando el N° de la Autorización en el campo N° de receta.

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Para todos los planes:

– **Particular o de Instituciones** (no propaganda Médica): SI

– **Oficiales:** SI (PMI: Recetario color Rosa o chequera amarilla; Resto de los planes: recetario de color celeste o amarillo).-

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, diagnóstico.

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

Se debe tipear siempre en el campo “N° de receta” el número: 999

Es importante aclarar que el afiliado 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 días contados a partir de la fecha de prescripción.



DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Documentación a presentar por el beneficiario:

-credencial, documento de identidad y receta.

Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del Profesional y con la misma tinta:

- Denominación de la Obra Social
- Apellido y nombre del afiliado.
- Número de beneficiario (cuando en una receta el N° de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto, la Farmacia debe aclararlo al dorso en forma correcta, indicando junto al N° consignado por el Médico la frase "VER AL DORSO". El beneficiario debe firmar nuevamente como muestra de conformidad).
- Medicamentos prescritos, por principio activo (Ley 25649) detallando tamaño y cantidad de cada uno con eventual sugerencia de marca comercial.
- Fecha de prescripción.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- El afiliado o tercero al retirar la medicación deberá colocar en la receta: firma, aclaración, DNI y domicilio (la ausencia de estos datos es motivo de débito).

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 adhesiva (no utilizar abrochadora, debido a que dificulta la lectura del código de barras).
- Número de orden de receta
- Fecha de venta.
- Sello y firma de la farmacia.
- Adjuntar copia de ticket o comprobante donde consten los precios unitarios y totales, importe a cargo de la Obra Social e importe a cargo del afiliado, caso contrario la receta deberá ser valorizada. Se aclara que la firma del afiliado sólo debe figurar en la receta.

Validación obligatoria para todos los planes, excepto leches.

MODELO DE VOUCHER LECHES

PROVISIÓN DE LECHE			
Autorización N°:		Fecha:	/ / 20
Afiliado N°:			
Apellido y Nombre:			
Fórmula Infantil Marca (PMI):	al 100 %		
Fórmula Infantil Marca:	al %		
Cantidad:	kg./mes	Tiempo:	por meses

Firma y sello

Retirar de Farmacia Sindical de localidad o farmacia de red contratada si no hay farmacia sindical en la zona.

 **OSFATLYF**
OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA
DE TRABAJADORES DE LUZ Y FUERZA

RESUMEN

Planilla: Carátula On Line

Cantidad: 1 (uno)

Presentación: según Cronograma

Facturación: 60 días corridos a partir de la fecha de dispensa.

Refacturación: 60 días corridos a partir de haber recibido la liquidación.



CUIT

30-66322124-4

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