

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): SEPTIEMBRE 2025**COBERTURA DEL SERVICIO**

Para toda la Provincia de Buenos Aires y Capital Federal.

VALIDACION OBLIGATORIA**DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA**

DESCUENTO	OS	AFILIADO	OBSERVACIONES
Común	40% O 100%	Resto	Se reconocerán con el 40% de cobertura, todos los productos prescritos por nombre genérico, que figuren en Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, con las exclusiones que figuran en el Anexo I, según Manual Farmacéutico. Aquellos medicamentos prescritos por nombre genérico cuyas drogas figuren en el vademécum de OSPCYD con cobertura 100%, serán reconocidos en el Plan Común con dicho descuento.
Patologías Crónicas	Monto fijo	Resto	Se reconocerán los productos prescritos por nombre genérico, cuyas drogas se encuentren incluidas en el Vademécum de OSPCYD, realizado en base al PMOE Resolución 310/04 y 758/04 y sucesivas modificaciones que surjan del organismo de contralor de los agentes de salud (Superint. de Servicios Sociales y MSAS), con la cobertura del Monto Fijo que figure para cada medicamento.
PMI	100%	—	Se reconocerán todos los productos prescritos por nombre genérico, cuyas drogas se encuentren incluidas en el Vademécum de OSPCYD, con una cobertura del 100% del precio de venta al público. La Obra Social podrá autorizar medicamentos excluidos.
Autorizados	70%	Resto	
Autorizados 100%	100%	Resto	

PLAN MATERNO INFANTIL:

Para la madre: durante el embarazo y hasta treinta días posteriores al parto, únicamente medicamentos relacionados con el embarazo.

Para el bebé: hasta el año de edad.

LECHES: exclusivamente en el PMI y con AUTORIZACIÓN mediante firma y sello del Médico Auditor de la O.Social o del Médico Encargado de la Obra Social (puede ser por fax):

Maternizadas: SI (Hasta 2 kg. por receta)

Medicamentosas: SI (Hasta 2 kg. por receta)

Enteras: NO

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

Odontólogos sólo podrán prescribir medicamentos relacionados a su especialidad.

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

UNIDADES POR RENGLÓN: 1 (uno)

TAMAÑOS POR RECETA: Uno grande o mediano por receta si se encuentra prescripto como tal.

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Para el Plan Común

Recetario Oficial: Fondo rosa impreso en negro, con logo impreso de OSPCYD en el vértice superior izquierdo, la receta debe llevar sello de OSPCYD en el recuadro “Sello institución”.

Recetarios de: Médicos particulares, Sanatorios, Hospitales, Federaciones o Asociaciones Médicas : siempre que contengan el membrete del médico o institución. Es importante aclarar que las prescripciones en los recetarios No oficiales deberán contener los mismos datos que contiene el recetario Oficial.

Recetarios Electrónicos: 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 o número de receta. Además de los datos requeridos: Nombre y apellido, N° de afiliado, Plan, Fecha prescripción, medicamento genérico, forma farmacéutica, dosis/unidad, concentración, diagnóstico, firma y sello del médico en formato digitalizado. Es importante aclarar que el afiliado deberá presentar la receta impresa en la farmacia.

Para el Plan PMI

Recetario Oficial: Fondo rosa impreso en verde con la leyenda “Plan Materno Infantil” impreso al lado del Logo de OSPCYD, el cual en el centro del logo tiene un bebé.

Recetarios Electrónicos: 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 o número de receta. Además de los datos requeridos: Nombre y apellido, N° de afiliado, Plan, Fecha prescripción, medicamento genérico, forma farmacéutica, dosis/unidad, concentración, diagnóstico, firma y sello del médico en formato digitalizado. Es importante aclarar que el afiliado deberá presentar la receta impresa en la farmacia. El afiliado debe presentarse con receta autorizada por la O.S.-

Para el Plan DIABETES

Recetario Oficial: Color blanco, únicamente para la prescripción de insulinas e hipoglucemiantes.

Recetarios Electrónicos: 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 o número de receta. Además de los datos requeridos: Nombre y apellido, N° de afiliado, Plan, Fecha prescripción, medicamento genérico, forma farmacéutica, dosis/unidad, concentración, diagnóstico, firma y sello del médico en formato digitalizado. Es importante aclarar que el afiliado deberá presentar la receta impresa en la farmacia. El afiliado debe presentarse con receta autorizada por la O.S.-

IMPORTANTE: En la receta debe figurar el diagnóstico.

- 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 corridos desde fecha de prescripción.

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

-Para la dispensa, el afiliado deberá presentar receta, credencial y autorización con el % en caso de corresponder.

-Para la facturación, a la receta que debe ser firmada en el recuadro “Firma Beneficiario”, se adjuntará comprobante de validación o presupuesto donde consten los precios unitarios y totales, firmado y aclarado por el afiliado o tercero que retire la medicación, caso contrario la receta deberá ser valorizada.

MODELOS DE RECETARIOS

Recetario Oficial

Recetario PMI

Recetario Diabetes



Credencial Digital



EXCLUSIONES

Anexo I Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, Acción Farmacológica:

Abrasivo de Limpieza	Bronceador
Aceite para masajes musculares	Combate 7 signos envej.facial
Acelerador de bronceado	Compensador hidrolipidico cap.
Afirmante Antiflacidez	Compensador hidrollipido cap
Antiactinico	Control Envejecimiento Cutáneo
Antialopécico	Corrector signos envejecimiento
Antiarrugas	Crema ungeal
Anticaspa	Dermatocosméticos
Anticaspa Antiseborreico	Dermatologico
Anticelulítico	Dermaoclarante
Anticelulitico antinodulos	Desodorante
Anticelulitico reductor	Desodorante pedico
Antioxidante Exfoliativo	Emoliente
Antioxidante Fotoprotector	Epitelizante Regenerador
Antioxidante Protector dérmico	Estimulador cutaneo
Antioxidante Reconstituyente	Evita el contagio de piojos
Antitranspirante	Exfoliante
Aromoterapia	Exfoliante corporal
Balsamo labial preventivo	Filtro solar
Blanqueador dental	Hidratante
	Hidratante autobronceante
	Hidratante dérmico

Anexo I. Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, por droga: Producto Cosmético

Anexo I. Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, por forma farmacéutica: Bronceador y Cosméticos

Anexo I. Exclusiones según Clasificación Manual Farmacéutico, por Tipo de Venta: 1 (Venta Libre).

RESUMEN

Planilla: On Line

Cantidad: 1 (una)

Presentación: mensual.

Facturación: Por separado cobertura común del PMI.

CUIT

30-64157861-0

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