COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 nº 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar

OSPENA
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL NAVAL

Cód. O.S. 11340

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): NOVIEMBRE 2026

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO	O.S.	AFILIADO
Común	40%	60%
Autorizados	**40%**	**60%**
Autorizados	70%	30%
Autorizados	**100%**	**---**

Común: Se reconocerán únicamente los medicamentos prescriptos por nombre genérico (conforme a las disposiciones legales vigentes) que figuran en Manual Farmacéutico o Revista KAIROS (ver exclusiones).

IMPORTANTE: No se reconocerán medicamentos ONCOLOGICOS, ni de HIV, ni patologías de baja incidencia y alto costo.

Patologías Crónicas: se reconocerán los productos prescriptos por nombre genérico, cuyas drogas se encuentren incluidas en el vademécum del PMOE Resolución 310/04 y 758/04 y sucesivas modificaciones que surjan del organismo de contralor de los agentes de salud (Superintendencia de Servicios Sociales y MSAS), con previa autorización de OSPENA.

PMI: se reconocerán aquellos medicamentos que figuren en Manual Farmacéutico, con cobertura del 100% en receta autorizada (sello OSPENA + sello PMI + firma autorizada al dorso de la receta). La cobertura del 100% rige para la madre desde el diagnóstico de embarazo hasta 30 días posteriores al parto y para el niño desde su nacimiento hasta el año de vida.

Anticonceptivos: se reconocerán los anticonceptivos prescriptos por nombre genérico que figuren en Manual Farmacéutico, previa autorización de OSPENA.

Autorizados: Podrán expenderse recetas que no cumplan con los requisitos establecidos en esta norma operativa, con el 40%, 70% o 100% de cobertura, debiendo figurar en la receta la autorización de la Obra Social y el porcentaje autorizado al dorso de la misma.

Cantidad Máxima de:
PRODUCTOS DISTINTOS POR RECETA: Hasta tres productos de distinto principio activo.
UNIDADES POR RENGLÓN: Hasta dos.
UNIDADES POR TAMAÑO: 1 (uno) solo envase grande o mediano por receta si se encuentra prescripto como tal.
Antibióticos inyectables: Monodosis: cinco (05) por receta – Multidosis: uno (01) por receta

Calle 5 nº 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Recetarios Electrónicos/digitales: Son válidas las prescripciones confeccionadas a través de diferentes plataformas, las que deberán contener obligatoriamente los requisitos de identificación de cada receta, como, por ejemplo: código de barra, número de receta. Donde el sello y la firma del profesional prescriptor también estarán en formato digitalizado o en original.
Es importante aclarar que el afiliado siempre deberá presentar la receta impresa en la farmacia.

Receta particular: Deben figurar los siguientes datos de puño y letra con la misma tinta del profesional prescriptor:
· Nombre y Apellido del beneficiario.
· Nº de afiliado de OSPENA
· Medicamentos recetados.
· Firma, aclaración y sello con número de matrícula del profesional.
· Fecha de prescripción.

– 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 a partir de la fecha de prescripción.

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Reconocimiento del afiliado: Al momento de la dispensa se deberá ingresar el N° de DNI del afiliado sin puntos.
Ejemplo: 12.345.678 se deberá ingresar 12345678.

Documentación que deberá presentar el afiliado/beneficiario al momento de la dispensa: receta y carnet de la Obra Social.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:
· Adjuntar los troqueles en perfecto estado del siguiente modo:
· De acuerdo al orden de prescripción.
· Incluyendo el código de barras.
· Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).
· Si no tiene troquel, colocar código de barra o la sigla S/T con firma de conformidad del afiliado.
· Sello y firma de la farmacia.
· En la receta debe estar la firma y aclaración del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo. En el caso de recetarios oficiales, además deberá indicar el domicilio.
· Para la facturación se deberá presentar la receta y el comprobante de validación donde figuren todos los datos de la dispensa.

EXCLUSIONES

Calle 5 nº 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar

Exclusión por Drogas:

abciximab	factores de coagulación	interferón alfa 2 B
adalimumab	filgrastim	interferón beta
adefovir dipivoxil	fsh	interferón gamma
adrenalina	fsh+lh	lhrh
albúmina humana	ginkgo biloba+ginseng+asoc.	magnesio+ginseng
alefacept	ginseng	magnesio+ginseng+asoc.
anagrelide	ginseng+vit.+minerales	molgramostim
anti-inhibidor factor VIII	Ginseng+asoc	omalizumab
arginina+ginseng	Ginseng+aminoacidos fosf.+asoc	orlistat
basiliximab	gonadotrofina coriónica	riluzol
busereline	infliximab	rituximab
clomifeno	inhibidor c1-esterasa	rivaroxabán
dnasa humana recombinante	inmunoglobulina antihepatitis B	sildenafil
eritropoyetina recomb.humana	inmunoglobulina anti-rho	soluc.parent/fisiol/glucos/otras
estreptoquinasa	inmunoglobulina antirrábica	teriparatida
Etanercept	inmunoglobulina humana	trastuzumab
Exenatida	interferón alfa 2 A	Tiras reactivas

Exclusión por Acción Farmacológica:

Abrasivo de limpieza	Antiséptico Astringente	Gonadotropinoterapia
Aceite para masajes musculares	Antiséptico Bactericida	Higiene de la piel
Acelerador de bronceado	Antiséptico Desinfectante	Higiene facial
Afirmante Antiflacidez	Antiséptico Exfoliante	Higiene femenina
Agonista LHRH	Antiséptico topico antiinf	Higiene personal
Análogo hormona de crecimiento	Antitranspirante	Higiene vaginal
Anestésico	Antiviral contra HIV	Hipoalergénico
Anestésico gral.	Bioenergizante	Hipoglucemiante
Anestésico inhalatorio	Blanqueador dental	Hipoglucemiante oral
Antagonista liberación LHRH	Bronceador	Hormonosupresor
Antialopécico	Citoprotector	Hormonoterapia antineoplásica
Antiandrógeno	Citostatico	Humectante vaginal
Antiasténico	Coadyuvante coagulación	Inductor ovulación
Antibiótico Antineoplásico	Coadyuvante en oncología	Inhibidor fotoenvejecimiento
Anticardiotóxico	Crema dental	Inmunoestimulante
Anticaspa	Crema dental Antisarro	Inmunomodulador
Anticaspa Antiseborreico	Crema dental p/dien.sensibles	Inmunosupresor
Anticelulítico	Crema dental p/encías irritadas	Limpiador p/piel acneica
Anticelulítico Antinódulos	Dermatocosméticos	Limpieza capilar
Anticelulítico Reductor	Desodorante	Pantalla solar
Antiestrogénico	Disminuye rechazo transp.renal	Pediculicida
Antihemofílico	Energizante masc/fem.Supl.diet.	Productos homeopáticos
Antileucémico	Energizante masculino	Protector labial
Antimetabolito	Energizante psicofísico	Protector rayos U.V.
Antineoplásico	Exfoliante	Protector solar

Antioxidante	Exfoliante corporal	Reconstituyente
Antioxidante Exfoliativo	Factor estim.crec.granulocitos	Somatotrópico
Antioxidante Fotoprotector	Factor recombinante humano	Trat. Acromegalia/tum.neuroendóc.
Antioxidante Reconstituyente	Fármaco antiobesidad no sistém.	Trat.artritis reumatoidea
Antiplaca Antisarro	Fibrinolítico	Trat.carcinoma de vejiga
Antirreumático Inmunomodulador	Filtro solar	Trat.de la obesidad
Antiséptico		

Exclusión Por Forma Fca:

Cosméticos

Exclusión Por Tipo de venta:

Venta Libre

RESUMEN

Carátula: on line
Cantidad: Una
Presentación: Mensual
Facturación: Los distintos planes por separado. Hasta dos meses contados a partir de la fecha en que debieron ser presentadas.
Refacturación: 60 días corridos a partir de haber recibido la receta observada.

CUIT

30-58737574-1

CTRL F: *para buscar palabra clave.*