



OSPSIP

Obra social del Personal de Seguridad Comercial, Industrial e Investigaciones Privadas

Cod. O.S. 11026

NORMA DE ATENCIÓN: JUNIO 2026

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

PLAN	OBRA SOCIAL	AFILIADO
COMUN 40%	40%	60%
AUTORIZADOS (con N° de autorización)	% AUTORIZADO	Resto

Se reconocerán todos los medicamentos prescritos por nombre genérico, de venta bajo receta, que figuren en Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, con exclusiones ya limitadas en colfarmaonline. (ver exclusiones al pie)

PRODUCTOS POR RECETA: hasta 2 de igual o distinto principio activo.

MEDICAMENTOS POR RENGLÓN : hasta 2

INYECTABLES: envase indiv.: 6 multidosis: 1

TAMAÑOS POR RECETA: uno **grande o mediano** por receta.

En caso de única presentación será considerado chico.

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Recetario Oficial de la Obra Social: completo en forma manuscrita con firma y sello médico en original (ver muestra al pie).

Recetas particulares: prescriptas en original, donde el sello y la firma del profesional prescriptor deberán estar también en original con membrete médicos o de instituciones. Son válidos también los recetarios de propaganda médica en tanto se prescriba en ellos conforme "Ley de Medicamentos Genéricos" (Ley 25.649), utilizando el nombre genérico de la droga.

Recetario Electrónico: 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 beneficiario, N° de DNI del beneficiario, Fecha prescripción, medicamento genérico, forma farmacéutica, dosis/unidad, concentración. Las recetas deben indicar que fueron firmadas electrónicamente o digitalmente por el profesional prescriptor (la firma electrónica sustituye legalmente a la firma ológrafa).

Es importante aclarar que el afiliado deberá presentar la receta impresa en la farmacia.



DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS:

- Nombre y Apellido del paciente.
 - N° de DNI del beneficiario.
 - N° de beneficiario.
 - Medicamentos recetados y cantidad de cada uno.
 - Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
 - Firma y sello con número de matrícula del profesional.
 - Fecha de prescripción.
 - **Diagnóstico.**
-
- Si el número de beneficiario estuviera incorrecto la farmacia deberá escribirlo en el margen superior de la receta sin necesidad de salvarlo con firma y sello. (NO válido para recetas electrónicas/digitales)
 - Los odontólogos solo pueden prescribir productos relacionados a su especialidad.
 - Prescripción por genérico según la ley Nro. 25.649/02.
 - 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).
 - Enmiendas del afiliado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

30 días

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Solicitar al afiliado/tercero la credencial vigente al momento de la dispensa.

Identificación del afiliado: Para la validación se deberá ingresar al validador el “N° de DNI del afiliado” sin puntos ni espacios.

Ejemplo 12.345.678 se deberá ingresar 12345678

DOCUMENTACION A PRESENTAR POR EL BENEFICIARIO:

- * Carnet de Obra Social (se debe verificar fecha de vigencia del mismo, ver modelo al pie de la norma)
- * DNI del titular o del tercero interviniente
- * Receta
- * N° de Autorización (en caso de corresponder)

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

- En el mismo orden en que fueron prescriptos.
- Adheridos con goma de pegar o cinta transparente (no utilizar abrochadora).
- Si no tiene troquel, colocar código de barra o la sigla S/T con firma de conformidad del afiliado.
- Datos del afiliado o tercero (Firma, aclaración, Dni y domicilio).
- Sello y firma de la farmacia.

AUTORIZADOS (con N° de autorización): OSPSIP podrá autorizar productos, tamaños y cantidades que se contrapongan con la presente norma de atención.

El afiliado presentará receta y N° de autorización para cada receta, dicho número se encontrará consignado en un modelo de autorización de OSPSIP. De momento, no es necesario que esa autorización sea presentada conjuntamente con la facturación.

Se deberá tipear dicho número en el campo “Nro. Autorización” del validador de Colfarmaonline. El sistema responderá a la validación mostrando el porcentaje Autorizado por OSPSIP.



Para la facturación: Adjuntar comprobante de validación y ticket fiscal. (o solo ticket fiscal si el mismo contiene todos los datos de la validación)

MODELO DE RECETARIO OFICIAL

 OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE SEGURIDAD COMERCIAL, INDUSTRIAL E INVESTIGACIONES PRIVADAS RNOS 1-1970-8 PARANÁ 717 . CABA. Tel.: 0800-333-6777				HISTORIA CLINICA (DATOS A COMPLETAR POR EL PROFESIONAL EN PATOLOGIAS CRONICAS)					
FECHA DE EMISION				N° DE OBRA SOCIAL		N° SINDICAL		EDAD	
NOMBRE Y APELLIDO				SEXO		CANTIDAD RECETADA		DIAGNOSTICO:	
TAMAÑO				NRO		LETRAS		SINTOMAS Y/O SIGNOS PRINCIPALES	
GENERICOS Rp/1								TIEMPO DE EVOLUCION:	
GENERICOS Rp/2								DOSIS DIARIA GENERICO 1	
								DOSIS DIARIA GENERICO 2	
COMPLETAR LO QUE CORRESPONDA								FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL	
DIAGNOSTICO: SEMANAS								FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL	
EMBARAZO: SEMANAS									
PARTO: CESAREA									
R.N. DIAS SEMANAS									
NINO/A MESES									
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL									
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL									
FECHA DE VENTA				FARMACIA					
DESCUENTO OPSIP				DESCUENTO UPSRA					
40% AMBULATORIO				60% AMBULATORIO					
70% AMBULATORIO				90% AMBULATORIO					
100% PMI Y ESPECIFICOS									
D.N.I. DEL TITULAR									
D.N.I. DE QUIEN RETIRA									
DOMICILIO:									
TELEFONO:									
FIRMA Y ACLARACION									

MODELO DE AUTORIZACION (se recuerda que no es necesario que el afiliado presente esta documentación, en el caso de hacerlo, el n° a cargar es el que está en observaciones).

	O.S.P.S.I.P SOLICITUD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS	Fecha impresion: 21-01-2026 Delegación: LA PLATA	Orden N° 118633			
DATOS DEL AFILIADO						
Afiliado:	CASAS, LUCIA	N° Afiliado:	540033/2 DU: 38321957			
Edad:	31	Telefono:	4799028			
Dirección:	CALLE 49 BIS N° 2459 LA PLATA	Delegacion:	CENTRAL			
DATOS DE LA ORDEN						
Diagnostico:	NARCOLEPSIA	Fecha Orden:	29-12-2025			
Especialidad:	NEUROLOGIA	Medico:	ACUA			
Prestador:	OSPSIP	SUR:	NO			
MEDICAMENTOS						
RECETA	RP.	Cant.	Medicamento	F.Carga	Us.Carga	Desc.
1	1	X 2	ARMODAFINILO (150 MG X 30 COMPRIMIDOS)	21-01-2026	MARIELA	100 %
2	1	X 1	SERTRALINA (100 MG COMP.RAN.X 30)	21-01-2026	MARIELA	100 %
3	1	X 2	BACLOFENO (10MG COMP. X 60)	21-01-2026	MARIELA	100 %
4	1	X 1	LEVODOPA+CARBIDOPA (250 MG/25 MG COMP.X 60)	21-01-2026	MARIELA	100 %
AUTORIZADO A				COLFARMA		
OBSERVACIONES						
AUTORIZACIONES COLFARMA: N°1749068-1749086-1749051-1749097						



MODELOS DE CREDENCIALES

Digitales:



Físico:



EXCLUSIONES

Exclusiones por Forma Farmacéutica:

Leches maternizadas
Leches medicamentosas
Solución de uso externo/Loción
Tiras reactivas

Exclusiones por Tipo de Venta:

Venta libre



Exclusiones por Droga:			
abceiximab	eflornitina, clorhidrato	insulina detemir	molgramostim
accesorio	eritropoyetina recomb. Humana	insulina glulisina	omalizumab
adalimumab	estreptoquinasa	insulina lispro	ondansetron
adefovir dipivoxil	etanercept	insulina degludec	orlistat
adrenalina	exenatida	insulina aspártica bifásica	palivizumab
albumina humana	fentanilo	insulina humana isofana	part. similares al HPV
alefacept	filgrastim	insulina aspártica	riluzol
amorolfina	fsh	insulina glargina	rituximab
anagrelide	fsh + lh	insulina humana	rotavirus
anti-inhibidor factor VIII	gonadotrofina corionica	interferón alfa 2 A	sildenafil
basiliximab	histrelina acetato	interferón alfa 2 B	stavudina
busereline	imatinib	interferón beta	suero antitumocitario
ciclopirox	infiximab	interferón beta 1 A	teriparatida
ciclopiroxolamina	immunoglobulina antihepatitis B	interferón beta 1 A sin albumina	tobramicina
clomifeno	immunoglobulina anti-rho	interferón gamma	trastuzumab
deferasirox	immunoglobulina antirrabica	Linezolid	triac
dnasa humana recombinante	immunoglobulina humana		

Exclusiones por Acción Farmacológica:			
Abrasivo de limpieza	Crema dental antisarro	Hidratante protector piel seca	Nutrición parenteral
Aceite para masajes musculares	Crema dental para dientes sensibles	Hidratante protector solar	Nutriente dermico
Acelerador de bronceado	Crema dental para encías irritadas	Higiene de la piel	Pantalla solar
Adelgazante	Dermatocósméticos	Higiene facial	Polivitaminico
agonista LHRH	Dermoclarante	Higiene femenina	Polivitaminico polimineral
Alimento infantil	Desodoante pedico	Higiene personal	Producto alimenticio
Anabólicos	Desodorante	Higiene vaginal	Productos odontologicos
Análogo hormona de crecimiento	Dieta elemental c/ glutamina	Hipoalergenico	Protector dermico
Anovulatorio	Edulcorantes	Hormono supresor	Protector labial
Antiarrugas	Emoliente	Hormonoterapia antineoplasica	Protector solar
Anticaspa	Enjuague bucal antiplaca	Humectante	Queratolítico/Topico p/verrujas
Anticonceptivo	Estimulador de la eritropoyesis	Humectante astringente	Reconstituyente dermico
Antimetabolito	Exofiliante	Humectante de parpados	Reductor
Antineoplásico	Exfoliante corporal	Humectante vaginal	Reductor y reafirmante corporal
Antioxidante exfoliativo	Factor estim. Crec. Granulocitos	Inductor ovulacion	Regenerador capilar
Antioxidante fotoprotector	Factor recombinante humano	Inhibidor de la proteasa	Revelador de placa bacteriana
Antiplaca antisarro	Farmaco antiobesidad no sistémica	Inhibidor fotoenvejecimiento	Revitalizador humectante
Antitranspirante	Filtro solar	Immunoestimulante	Sal bajo cont. en sodio
Antiviral contra HIV	Formula de continuacion	Immunoomodulador	Solucion bucal
Blanqueador dental	Formula de inicio	Immunosupresor	Somatotropico
Citoprotector	Formula hipoalergenica	Limpiador p/piel acneica	Suplemento nutricional
Citostático	Formula infantil	Limpieza capilar	Trat. Carcinoma de vejiga
Coadyuvante coagulación	Formula para lactantes	Limpieza de protesis dentales	Trat. De estrías
Coadyuvante en oncología	Gonadotropinoterapia	medicamentos oncológicos	Trat. De la acromegalia
Complemento dietario	Hidratante	Nutrición enteral	Trat. De la artritis reumatoidea
Cosmético capilar	Hidratante dermico	Nutrición isotonica balanceada	Trat. De la obesidad
Crema dental	Hidratante nutriente dermico	Nutrición p/ pacientes diabeticos	Vitaminico

RESUMEN

Presentación: Mensual

Hasta 45 días corridos a partir de la fecha de dispensa.

CUIT

30-59581699-4

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: 221 6547529