

RECETARIO SOLIDARIO

Cod. O.S. 254

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): SEPTIEMBRE 2026

COBERTURA DEL SERVICIO

Para todos los partidos que hayan solicitado su adhesión.

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO	O.S	AFILIADO
Ambulatorio	20%	80%
Ambulatorio	40%	60%

Se reconocerán los productos prescritos según normativa legal vigente, según respuesta de validador.

RENGLONES POR RECETA: 3 (tres) de distinto principio activo.

CANTIDAD DE ENVASES POR RECETA: Hasta 4 (cuatro)

CANTIDADES y TAMAÑOS POR RENGLON: 2 (dos) chicos y el resto chico o grande según prescripción. Hasta 3 (tres) envases tamaño grande de distinta especialidad por receta (1 por renglón).

Cuando el Médico NO INDICA TAMAÑO se debe dispensar el MENOR.

Si se indica "grande", se debe dispensar el tamaño siguiente al menor.

Para entregar los envases grandes el médico deberá indicar el contenido de dichos envases.

Si no se expresa cantidad de envases, se expenderá solamente uno.

Antibióticos Iny.: Multidosis : 1 (uno) – Monodosis: 5 (cinco)

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Oficial SI (Modelos de tres renglones)

Otros: NO

DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR:

- Nombre y Apellido del paciente.
- Tipo y N° de Documento.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra.
- Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
- Marca comercial sugerida, además de nombre genérico.
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- Fecha de prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.
- La tinta de la prescripción y la de la firma del médico deberán coincidir.
- Odontólogos: Sólo podrán prescribir medicamentos relacionados a su especialidad.
- No se aceptan enmiendas sobre corrector líquido.
- Todos los ítem de la receta deben estar completos.

- 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
- Enmiendas del farmacéutico: salvadas por él mismo con conformidad del afiliado/tercero
- Enmiendas del afiliado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.



VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

30 días entre la prescripción y la dispensa.

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

En la receta deberá volcarse el importe 100% en el casillero de importe total, 80% a cargo del afiliado y el 20% restante a cargo del Recetario Solidario.

Todas las recetas deben ser foliadas obligatoriamente. Los lotes deben ser de hasta 100 recetas como máximo, por lo tanto cada lote se deberá numerar desde el folio 1 hasta el 100, reiniciando dicha numeración en el siguiente lote.

Las recetas no presentadas en el mes correspondiente, podrán ser presentadas hasta el mes siguiente. Vencido dicho plazo serán rechazadas.

Refacturación: hasta los dos meses siguientes a la recepción de las mismas, vencido dicho plazo, serán debitadas.

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 (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).
 - Deben encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencia o marca de sustancias adhesivas).
 - No deben tener signos de desgaste del material o color de la impresión, diferencias en tamaño, grosor y/o color del troquel para un mismo producto, presentación y lote.
 - Si no tiene troquel, colocar código de barra o la sigla S/T con firma de conformidad del afiliado.
 - Número de orden de la receta.
 - Fecha de Venta.
 - En caso de valorizar las recetas y ser necesaria alguna corrección de precios, la misma debe estar salvada por el beneficiario.
 - Sello y firma de la farmacia.
 - Firma del paciente o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento. (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
 - La farmacia deberá adjuntar a la receta el triplicado del ticket fiscal de venta. En caso que no cuenten con esta posibilidad deberán presentar por escrito una justificación de motivos y manifestar de qué manera ofrecen suplir el mismo, para seguir obteniendo el descuento. El caso será resuelto por la auditoría del sistema.
 - **Transitoriamente**, para los casos que no cuenten con duplicado del ticket fiscal, deberán adjuntar un comprobante de venta que acredite que la dispensa fue realizada con el pertinente descuento. Asimismo, la farmacia deberá identificar de manera inequívoca en el recetario el número de registración fiscal de la operación. El libro IVA y la copia de la factura o ticket deberá ser exhibido a la auditoría cada vez que sea requerido.
-

RECETARIO OFICIAL



0080485/4

	NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO		EDAD	TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	
	PROVINCIA Y LOCALIDAD		FECHA EMISIÓN	FECHA DE VENTA	
RP/1	CANTIDAD RECEPTA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO		PRECIO TOTAL
DCI					
Marca Sugerida					
RP/2	CANTIDAD RECEPTA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO		PRECIO TOTAL
DCI					
Marca Sugerida					
RP/3	CANTIDAD RECEPTA	CANTIDAD ENTREGADA	PRECIO UNITARIO		PRECIO TOTAL
DCI					
Marca Sugerida					
SELLO DEL PROFESIONAL		Código entrega de medicamentos		TOTAL RECEPTA	
Firma y Nº de Matrícula		Sello y Firma Farmacia		A CARGO BENEFICIARIO	
				A CARGO RECETARIO	
Importante: Con esta receta usted se beneficia con un descuento sobre el precio de venta del medicamento prescripto que se le indicará en la farmacia. Este descuento no puede ser sumado a otros que reciba por Obras Sociales y/o Medicinas prepagas. Para acceder al descuento la DCI y marca sugerida del producto dispensado debe coincidir con los prescriptos por el profesional. Vigencia: 30 días a partir de la fecha de emisión de esta receta.					
FIRMA DEL BENEFICIARIO				CÓDIGO DE VALIDACIÓN	
ACRABACIÓN				TELÉFONO	

RESUMEN

Planilla: Carátula On Line

Cantidad: 1 (una)

Presentación: Quincenal

CUIT

30-59316785-9

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