

SAT – Mar del Plata Sindicato Argentino de Televisión

Cod. O.S. 879

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): DICIEMBRE 2025

COBERTURA DEL SERVICIO

Las farmacias de toda la Pcia. de Buenos Aires podrán atender a los afiliados de los Partidos de: Balcarce, Gral. Alvarado, Gral. Lavalle, Gral. Madariaga, Gral. Pueyrredón, Lobería, Mar Chiquita, Necochea, Maipú, Partido de la Costa, Pinamar y Villa Gesell

CARATULA SIN VALIDAR

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO	O.S.	AFILIADO	OBSERVACIONES
COMÚN Plan I (PLAN SAT - PLAN SAT1001) y su PMI	70%	30%	Plan I y su PMI: se reconocerán los medicamentos, prescriptos por nombre genérico, incluidos en el "Vademécum 70% y PMI PLAN I". Credencial beneficiarios: color gris (a partir 1/10/01).
COMÚN Plan II (PLAN PMO)	40%	60%	Plan II y su PMI: se reconocen los medicamentos, prescriptos por nombre genérico, incluidos en el "Vademécum 40% y PMI Plan II". Credencial beneficiarios color verde.
COMUN Plan III (VADEMECUM AMPLIADO)	40%	60%	Plan III y su PMI: se reconocen los medicamentos prescriptos por nombre genérico, incluidos en el Vademécum AMPLIADO y PMI Plan III. Credencial beneficiarios color verde.
PMI:	100%	—	Para la correcta dispensa del Plan Materno Infantil, la receta deberá estar previamente autorizada con sello y firma de SAT. LECHES MEDICAMENTOSAS: (Según Vademécum): exclusivamente dentro del PMI: 1 kg. por receta. Deben estar autorizadas con firma y sello y aclaración de la Entidad.
AUTORIZADOS	40% – 70%	resto	Se pueden dispensar medicamentos excluidos del vademécum cuando vienen autorizados por la Obra Social (SAT). Las autorizaciones pueden ser por fax y el porcentaje a reconocer será de acuerdo al plan (40% o 70%)

TODO MEDICAMENTO INCLUIDO EN LOS VADEMÉCUM QUE SUFRIERA BAJA DE PRESENTACIÓN PUEDE SER REEMPLAZADO POR SU NUEVA PRESENTACIÓN (No requiere Autorización Previa de la Obra Social **ni del Sindicato)**

Cantidad Máxima de:

PRODUCTOS POR RECETA: Según la cantidad de renglones que posea la receta se dispensará 1 (un) solo producto o 2 (dos) de distinto principio activo.

RECONOCIMIENTO DE TAMAÑO: 1 (uno) envase grande o mediano por receta, si se encuentra prescripto como tal.

Antibióticos Inyectables: Multidosis 1- Monodosis: 5

UNIDADES POR RENGLÓN: 01 (uno)

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

OFICIAL: PLAN I y su PMI: COLOR ROSA DE UNO Y/O DOS RENGLONES 70% DTO.

OFICIAL: PLAN II y su PMI: COLOR VERDE DE DOS RENGLONES 40% DTO.

OFICIAL: PLAN III y su PMI: COLOR BLANCO DE UNO O DOS RENGLONES

Las recetas pueden ser emitidas por el Sindicato, con la indicación manual de nombre y número de beneficiario.

DIAGNÓSTICO: SI

- 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.
 - No se aceptan enmiendas sobre corrector líquido.
-

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

15 días desde la prescripción a la dispensa. El recetario tiene una validez de 30 días, debiendo ser dispensadas dentro de dicho período.

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

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

Para la facturación: Valorizar la receta con los precios unitarios y totales

RESUMEN

Planilla: Carátula On Line

Cantidad: Una

Presentación: Mensual

Facturación: por separado los distintos Planes

CUIT

30-56887493-1

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