

SCIS UNIFICADO

SC50, SC 100, SC150, SC250, SC300, SC500, SC550, SC600, SC4000, HEALT MEDICAL, OSDEL, OSFFENTOS, OSPACA, OSSIMRA, OSTRAC AATRAC, OSUTI, OSDEPYM y OSPESCA.

Cod. O.S. 10982

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): MARZO 2026

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO:	O.S	AFILIADO	OBSERVACIONES
AMBULATORIO	40% / 50%	60% / 50%	Se reconocerán los medicamentos prescritos por nombre genérico que se encuentren incluidos en el Vademécum Ambulatorio de SCIS con el 40% o 50% de cobertura según le corresponda al Afiliado
PMI	100%	-	Se reconocerán los medicamentos prescritos por nombre genérico que se encuentren incluidos en el Vademécum PMI de SCIS con una cobertura del 100%. En el caso que el producto no se encuentre en dicho Vademécum y si esté incluido en el Vademécum Ambulatorio de SCIS tendrá cobertura del 40% o 50% de cobertura según le corresponda al Afiliado. La cobertura para la madre rige desde el diagnóstico positivo de embarazo y hasta 30 días posteriores al parto. Las cremas que figuran al final de la Norma tendrán cobertura del 100% con un tope de 1 envase por mes calendario.
ANTICONCEPTIVOS.	100%	-	Se reconocerán los anticonceptivos prescritos por nombre genérico que se encuentren incluidos en el Vademécum Anticonceptivos de SCIS con una cobertura del 100%. En el caso que el producto no se encuentre en dicho Vademécum y si esté incluido en el Vademécum Ambulatorio de SCIS tendrá cobertura del 40% o 50% de cobertura según le corresponda al Afiliado. Se podrán dispensar hasta 2 cajas por mes con un tope de 13 cajas anuales.
CRONICOS	70%	30%	Se reconocerán los medicamentos prescritos por nombre genérico que se encuentren incluidos en el Vademécum Crónico de SCIS con una cobertura del 70%, siempre que el Afiliado haya gestionado con la Obra Social el trámite de cronicidad para el diagnóstico correspondiente. En el caso que el producto NO se encuentre en dicho Vademécum y SI esté incluido en el Vademécum Ambulatorio de SCIS tendrá cobertura del 40% o 50% de cobertura según le corresponda al Afiliado.
AUTORIZADO	40%-70%-100%	60%/ 30%/0%	Las recetas que NO cumplan con los requisitos indicados en esta norma sólo podrán ser dispensadas cuando se encuentren autorizadas por SCIS S.A., al 40%, 70% o 100% de cobertura. Son válidas las autorizaciones vía Fax, siempre que se adjunten a la receta original y sean emitidas por SCIS S.A. Accesorios o Material Descartable solo con autorización, se deberán facturar con el valor PVP, el cual lo define la farmacia, teniendo en cuenta el margen de rentabilidad. Al momento de la validación, se deberá utilizar el código 1000.

PLAN SC 50: Para la medicación de patologías **Crónicas**. CON PREVIA AUTORIZACIÓN DE LA OBRA SOCIAL, LA CUAL INDICARA EL % DE COBERTURA

Plan PMI: Las siguientes cremas tendrán cobertura del 100% con un tope de 1 envase por mes calendario:

Producto	Presentación	N° Troquel
BAGOVIT AE	Emuls.x 200 ml	6447262
BAGOVIT AE	Emuls.x 400 ml	6447263
BAGOVIT AE	Cr.x 200 g	6447134
DERMACLER CREMA	pote x 100 g	6227711
DERMACLER CREMA	pomo x 150 g	6227712
DERMACLER EMULSION	Emulsión x 200 ml	6227841
DERMAGLOS	emuls.x 200 ml	2704392
DERMAGLOS	emuls.x 100 ml	2704391
DERMAGLOS	cr.x 50 g	2983821
DERMAGLOS	cr.x 100 g	2983822
DERMAGLOS	cr.x 200 g	2983823
DERMAGLOS	emuls.x 400 ml	2704393
DERMAGLOS	cr.x 150 g	2983824
EURODERM A	cr.x 100 g	3827212

Producto	Presentación	N° Troquel
EURODERM A	cr.x 200 g	9941018
EURODERM A	cr.fco.dosif.x 200 g	9947283
FACTOR AE	cr.x 100 g	5143192
FACTOR AE	cr.x 200 g	5143193
FACTOR AE	emuls.x 100 ml	5143241
FACTOR AE	emuls.x 200 ml	5143242
FACTOR AE	emuls.x 400 ml	5143243
FACTOR AE	emuls.x 300 ml	5143244
PERPIEL	emuls.x 100 g.	5991712
PERPIEL	emuls.x 200 g.	5991713
PERPIEL	emuls.x 400 g.	5991715
PERPIEL	cr.x 50 g	5991684
PERPIEL	cr.x 200 g	5991686

Cantidad Máxima de:

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

UNIDADES POR TAMAÑO Y POR RENGLÓN: 1 (uno).

Un envase por renglón, de los cuales solo uno podrá ser mediano o grande. Si no indica contenido, se entregará el menor. Si especifica grande, se entregará la presentación siguiente a la de menor tamaño.

Los tamaños medianos y grandes se dispensarán cuando el médico aclare el contenido de estos envases.

Con leyenda **“Tratamiento Prolongado”**: hasta 2 (dos) envases por renglón. Solo para el Plan Crónicos.

Antibióticos inyectables: Monodosis: hasta 5 (cinco) ampollas individuales por receta – Multidosis: hasta 2 (dos) envases por receta.

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Oficial: NO

Electrónica/digital: Recetas prescriptas en formato digital (electrónicas): las que deberán contener obligatoriamente el “código de barras” y N° de recetario, donde el sello y la firma del profesional prescriptor también estarán en formato digitalizado. Es importante aclarar que el afiliado siempre deberá presentar la receta impresa en la farmacia.

Otros: Particulares sin propagandas médicas, **NO** se aceptarán recetarios con publicidades sólo si provienen de Hospitales Públicos.

Deben figurar los siguientes datos del Profesional Prescriptor:

- Nombre de la Entidad
- Nombre y Apellido del beneficiario.
- Número de beneficiario
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra.



- Firma 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 desde la prescripción incluyendo la misma.

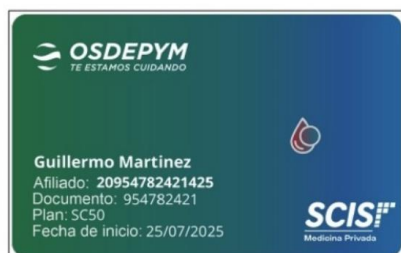
DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

CREDENCIALES VIGENTES: Son color verde-turquesa, con logo de SCIS, impresas en gris. Las credenciales indicarán en el ítem O. Social la sigla correspondiente a su O.S. El afiliado debe presentar credencial de SCIS S.A y receta correspondiente.

Datos a completar por la Farmacia:

- Adjuntar troqueles de acuerdo al orden de prescripción, incluyendo el código de barras o la solapa, adheridos con goma de pegar. Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T.
- Fecha de venta.
- Adjuntar comprobante de validación donde consten los precios unitarios y totales, firmado por el afiliado o tercero. Las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario.
- Sello y firma de la farmacia.
- El afiliado o tercero al retirar la medicación deberá colocar en la receta: firma, aclaración, domicilio y DNI.
- Cuando en la receta el N° de beneficiario se encuentre incompleto o sea poco legible, la farmacia puede agregarlo correctamente firmando y sellando junto al agregado realizado.

MODELOS DE CREDENCIALES





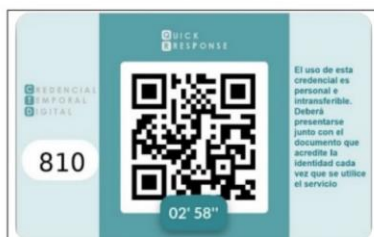
COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 n° 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30

www.colfarma.org.ar



TOKEN (Dorso)



Constancia provisoria de Afiliación

Constancia de Afiliación

RECOLETA, Martes 1 de ENERO de 2019

Por la presente constancia se certifica que el Afiliado:

Nombre y Apellido:

Plan: DN

Nº AFILIADO:

O. SOCIAL:

Pertenece a nuestra empresa desde:

La presente constancia se extiende a pedido de la institución:

A Quien Corresponda.

El Afiliado debe acreditar su identidad con documento de identidad indefectiblemente.

Esta certificación tiene una validez de 31 DIAS

Depto de Afiliaciones
SCIS - Medicina Privada.

RESUMEN

Planilla: Carátula On Line

Cantidad: Una

Presentación: Mensual



COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 n° 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar

Plazo de presentación: 60 días, a partir de la fecha de dispensa.

Refacturaciones: Se podrán elevar con un plazo máximo de 30 días de recibido el débito.

CUIT

30-70821270-5

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