

Entidad: 11

Norma de Atención N°: 5835

Vigencia: 05/02/2026

	A CARGO O. SOCIAL	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
AMBULATORIOS (*)	50%	50%	MANUAL FARMACEUTICO
ANTI DIABETICOS ORALES (*)	100%	----	MANUAL FARMACEUTICO
TIRAS REACTIVAS (*)	100%	----	MANUAL FARMACEUTICO
INSULINAS (*)	100%	----	MANUAL FARMACEUTICO
PLAN MATERNO INFANTIL (*1)	100%	----	MANUAL FARMACEUTICO
ANTICONCEPTIVOS (*2)	100%	----	VADEMECUM

CREDENCIAL (*3)

Definitiva: SI

Monotributista: SI (con leyenda "Monotributistas")

PMI: SI

Constancia Provisoria de Afiliación: SI (validez 30 días)

Digital: SI

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

TIPO DE RECETARIO (*4)

Entidades y/o Profesionales del Listado: SI

Cualquier empresa de EMERGENCIAS MEDICAS: SI

Cualquier Médico o Entidad: SI (en la provincia de SALTA y en MAR DEL PLATA – Prov. Bs. As.)

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos

PSICOFARMACOS

Duplicado: SI

Fotocopias: NO

ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.

Sello: SI

Manuscrito: NO

ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES

(cuando supere la unidad)

Letras y Números: SI

LIMITACIONES CANTIDAD Y TAMAÑO

Hasta tres (3) medicamentos del menor tamaño por receta.

PLANES ANTI DIABETICOS, INSULINAS Y TIRAS

REACTIVAS: Lo autorizado por el Centro de seguimiento (NUTRAR).

Excepciones:

- Con la leyenda "TRATAMIENTO PROLONGADO":

Hasta dos (2) envases chicos o uno (1) grande por medicamento.

- Antibióticos inyectables monodosis: Hasta cinco

(5) unidades.

ESPECIALIDADES EXCLUIDAS:

- ANOREXIGENOS Y PRODUCTOS ESTETICOS PARA LA OBESIDAD
- ANTICONCEPTIVOS MECANICOS
- ENVASES DE USO HOSPITALARIO
- LECHEs (Sólo se cubrirán para el PMI y únicamente las incluidas en el LISTADO DE LECHEs adjunto)
- MEDICACION ONCOLOGICA, ONDANSETRON Y ERITROPOYETINA
- MEDICACION PARA INTERNADOS
- MEDICACIONES INCLUIDAS EN SUBSIDIO APE (u organismo que lo sustituya)
- MEDICACIONES PARA HIV-SIDA
- PRODUCTOS ALIMENTICIOS
- PRODUCTOS DE VENTA LIBRE (medicamentos, perfumería, gasas, vendas, apósitos, alcohol, pañales, tocadore, etc.)
- PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA DISFUNCION ERECTIL
- PROTESIS, ORTOPEDIA, IMPLANTES, OPTICA, AUDIFONOS, ACCESORIOS DE FARMACIA
- PROVISION DE SANGRE
- RECETAS MAGISTRALES, PRODUCTOS HOMEOPATICOS, EXPERIMENTALES O DE MEDICINA ALTERNATIVA
- TODOS LOS PRODUCTOS QUE CONTENGAN LAS DROGAS Y/O PRINCIPIOS ACTIVOS:
 - a) Etanercept (ej.: Embrel)
 - b) Linezolid (ej.: Zyvox Oral)
 - c) Palivizumab (ej.: Synagis)

AUTORIZACIONES (*5)

ENMIENDAS SALVADAS

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por el afiliado: SI (errores de expendio)

Por la farmacia: SI (*6)

PRESENTACIÓN (*7)

FACTURACION Y REFACTURACION: Ver normas generales de atención y presentación.

Entidad: 11

Norma de Atención N°: 5835

Vigencia: 05/02/2026

MUY IMPORTANTE

TODA RECETA DEBE CONTENER EL NOMBRE GENÉRICO DEL MEDICAMENTO O DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL QUE SE INDIQUE, SEGUIDA DE FORMA FARMACÉUTICA, CANTIDAD DE UNIDADES POR ENVASE Y CONCENTRACIÓN.

CUANDO EL MEDICO LO CONSIDERE NECESARIO PODRA, ADEMAS DEL NOMBRE GENERICO, INDICAR UN NOMBRE COMERCIAL SUGERIDO.

TODAS LAS RECETAS DEBEN POSEER DIAGNOSTICO O EN SU DEFECTO CODIFICACION DE LA O.M.S..

(*1) AMBULATORIOS, ANTIDIABETICOS ORALES, ANTICONCEPTIVOS, INSULINAS Y TIRAS REACTIVAS

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando indistintamente <http://validacionesag.com/>, <http://cronicos.nutrar.com>, o bien a través de los sistemas de facturación integrados.

Les rogamos prestar especial atención a los principios activos y cantidades autorizadas, debido a que los planes correspondientes a tratamientos de **DIABETES** son monitoreados por el **Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas prevalentes (Nutrar)**. Ante cualquier consulta inherente a lo mencionado, podrán comunicarse al **0810-345-6887**.

(*1) PLAN MATERNO INFANTIL

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando indistintamente <http://validacionesag.com/>, <http://cronicos.nutrar.com>, o bien a través de los sistemas de facturación integrados.

Período de cobertura: a) **Para la MADRE:** Durante el embarazo y hasta 30 días posteriores al parto.
b) **Para el NIÑO:** Hasta el primer (1er.) año de vida.

- Para acceder al beneficio, el afiliado deberá presentar la credencial de PMI, receta con la leyenda PLAN MATERNO INFANTIL y documento de identidad.

- En caso de no poseer credencial de PMI, la receta deberá encontrarse autorizada **(5*)**

- Dicha autorización habilita al beneficiario para recibir el 100% de descuento del PMI, pero no contempla el contenido de la receta, por lo tanto, deberán registrarse mediante la presente Norma de Atención.-

- Si un beneficiario no cumple con los requisitos necesarios para recibir cobertura del PMI, podrá acceder al descuento del 50% AMBULATORIO siempre que cumpla con los requisitos establecidos para este descuento. Esta excepción no tiene validez cuando se trate de LECHES.

- No se podrán incluir en las recetas productos no pertenecientes al PLAN MATERNO INFANTIL.

- LECHES: sólo se cubrirán para el PMI y únicamente las incluidas en el LISTADO de LECHES adjunto.

Entidad: 11

Norma de Atención N°: 5835

Vigencia: 05/02/2026

(*2) ANTICONCEPTIVOS

Se podrán dispensar hasta 2 unidades por mes, 13 anuales. Dicho plan tiene **VALIDACION OBLIGATORIA**.

(*3) CREDENCIAL

- Ante cada expendio se deberá verificar que el afiliado se encuentre incluido en el listado de Socios Habilitados que se envía mensualmente.

- En caso de no figurar en padrón o de no poseer credencial DEFINITIVA, el beneficiario deberá acreditar su afiliación de alguna de las siguientes maneras:

- CONSTANCIA PROVISORIA DE AFILIACION: 30 días de validez y con firma del Presidente de la Obra Social.
- RECIBO DE HABERES: con una antigüedad no mayor a los 3 MESES.
- RECIBO DE PAGO: correspondiente al mes en curso, si el beneficiario titular es trabajador de temporada que hubiera optado por el pago de aportes y contribuciones a su cargo durante el período de inactividad.

- Los beneficiarios MONOTRIBUTISTAS se identificarán presentando una credencial con la leyenda "MONOTRIBUTISTAS" impresa o en sello y deberán exhibir el ULTIMO COMPROBANTE DE PAGO DEL MONOTRIBUTO, siendo válido el del mes anterior.

(*4) RECETARIOS

- Las recetas deben contener los datos que se detallan a continuación:

- Nombre y apellido del beneficiario
- Número de beneficiario y grado de parentesco
- Denominación de la Obra Social
- Detalle y cantidad de medicamentos en números y letras (cuando supere la unidad)
- Fecha de prescripción
- Firma del médico y sello aclaratorio con número de matrícula.

- Se aceptarán recetas de los afiliados de O.S.P.I.T. - TABACO con la leyenda "C/D" (Comisión Directiva).

- Toda receta deberá ser prescrita por algún integrante del Listado de Profesionales y Entidades; excepto en la provincia de SALTA y MAR DEL PLATA – Prov. Bs As., que se trate EMPRESAS DE EMERGENCIAS MEDICAS o que se encuentre autorizada. **(5*)**

IMPORTANTE: Las farmacias deberán completar de puño y letra la fecha de venta, importes y datos del socio o quien retira, firma y aclaración.

Entidad: 11

Norma de Atención N°: 5835

Vigencia: 05/02/2026

(*5) AUTORIZACIONES

Por intermedio de ADMIFARM GROUP.

Son válidas para **cualquier excepción a la Norma, las autorizaciones que Admifarm Group remita por email**, debiendo entregarse lo incluido en las mismas (En este caso no se validarán online, se presentará en caratula manual como: "Receta Autorizada por la Entidad" adjuntando el mail autorizante a la receta).

(*6) ENMIENDAS SALVADAS

El farmacéutico podrá enmendar los datos de afiliación que el profesional haya transcripto en forma errónea en la receta (únicamente nombre y apellido o número del afiliado y **solo uno de los dos**), salvándolos al dorso de la misma, con su firma y sello; debiendo el afiliado firmar a continuación a modo de conformidad.

(*7) PRESENTACION

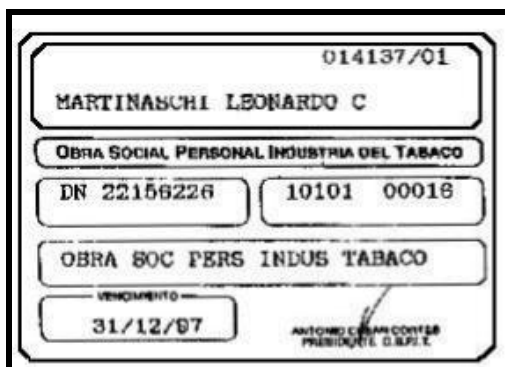
La facturación se deberá presentar en lotes por separado según el siguiente detalle:

- 50% AMBULATORIOS
- 100% ANTIDIABETICOS ORALES
- 100% TIRAS REACTIVAS
- 100% INSULINAS
- 100% P.M.I.
- 100% ANTICONCEPTIVOS

MUY IMPORTANTE:

TODLO NO ESTABLECIDO EN LAS NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS GENERALES DE ATENCION Y PRESENTACION ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.

MODELO DE CREDENCIAL



Entidad: 11

Norma de Atención N°: 5835

Vigencia: 05/02/2026

MODELOS DE CREDENCIALES PARA PLAN MATERNO INFANTIL

Para la MADRE

Serie A 0001		24375/06
OLEA BEATRIZ AMANDA		
OSPIT – PMI – EMBARAZO		
DNI: 24365726	10101	000011
NOBLEZA PICARDO S.A.		
Vence 30/09/2005	Firma	

Esta credencial es personal e intransferible; su uso indebido dará origen a las acciones judiciales que pudieran corresponder

O.S.P.I.T.

Si la Titular de la credencial trabaja con Relación de Dependencia, deberá presentar el Documento de Identidad y Recibo de Sueldo; si la Titular es esposa o convive deberá presentar el Documento y el Recibo de Sueldo de su cónyuge o conviviente

Para el RECIEN NACIDO

Serie B 0001		24375/06
GIGLIO JULIAN		
OSPIT – PMI – PRIMER AÑO		
DNI: 24365726	10101	000011
NOBLEZA PICARDO S.A.		
Vence 30/07/2006	Firma	

Esta credencial solo podrá ser usada por la madre, padre o Familiares del menor, autorizados por aquellos.
Su uso indebido dará origen a las acciones judiciales que pudieran corresponder

O.S.P.I.T.

Para recibir los beneficios del PMI la madre, padre o familiar del menor deberá presentar el Documento de Identidad del menor y Receta médica con rótulo PMI

MODELO DE RECETARIO



Beneficiario:

Parentesco:

Credencial N°:

Rp.