

NORMAS OPERATIVAS

AMBITO DE APLICACIÓN		
Provincia de San Juan		
DESCUENTOS		
Los descuentos se efectuarán sobre el PVP		
PLAN	A CARGO DEL AFILIADO	A CARGO DE LA ENTIDAD
Ambulatorio 40%	60% Detallado para cada medicamento, según PVP	40% Detallado por cada medicamento, según PVP
Ambulatorio 70%	30% Detallado por cada medicamento, según PVP	70% Detallado por cada medicamento, según PVP (Con autorización de la Obra Social)
Ambulatorio 100%	0%	100% Detallado por cada medicamento, según PVP - (Con autorización de la O. Social)
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). 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.		
RECETARIO	Se aceptan digitales o receta oficial manual (este último caso, solo originales)	
DATOS OBLIGATORIOS EN RECETA	Apellido y Nombre del Beneficiario.	
	Número de beneficiario	
	DNI del Beneficiario	
	Detalle del medicamento (Prescripción por nombre genérico) - Nombre comercial Sugerido (opcional)	
	Cantidad de envases y detalle de presentación	
	Fecha de Prescripción	
	Firma y sello: con el N.º de Matrícula del Profesional (claro y legible)	
	Diagnóstico (que dio origen a la prescripción)	
	Troquel	
	A excepción de las Recetas electrónicas, los datos manuscritos por el Profesional deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma.	
	CORRECCIONES O ENMIENDAS SALVADAS AL DORSO-Firma y sello del profesional. (SOLO EN ORIGINALES)	
	Autorización DE LA Obra Social mediante MAIL emitido por el sector de Medicación: medicacion@ospsip.org.ar	
	• Diagnóstico: Todas las recetas se deben completar con el diagnóstico del paciente. Para el Plan materno Infantil se debe completar además del diagnóstico, la fecha de embarazo o del R.N o Niño. • Los odontólogos, solo podrán prescribir, únicamente, productos que se encuentren relacionados con su especialidad.	
VALIDEZ DE RECETA		
Para la venta	30 (treinta) días corridos a partir de la emisión e incluyendo la misma.	
Para la presentación	60 (sesenta) días corridos a partir de la venta e incluyendo la misma.	
Para la refacturación	60 (sesenta) días corridos a partir de la haber recibido la devolución.	
CANTIDAD MAXIMA DE MEDICAMENTOS Y DE ENVASES POR RECETA	Se podrán dispensar hasta 2 (dos) especialidades medicinales por receta. Dichas especialidades podrán ser de distintas marcas o de igual marca con distinta forma farmacéutica.	

CONTENIDOS MAXIMOS DE CADA MEDICAMENTO SEGÚN TAMAÑO	Se podrán dispensar hasta 2 (dos) envases de cada producto por renglón. Si no estuviera declarada la potencia y la dosis, la Farmacia entregará el de menor contenido.
	Hasta 1 envase de tamaño grande o mediano, y uno chico en el restante
	Si la Farmacia no dispusiera del tamaño indicado por el Médico Prescriptor y el afiliado así lo aceptará, la Farmacia podrá entregar un tamaño menor. (NUNCA MAYOR).
	Las cantidades entregadas nunca podrán ser mayores a las prescriptas y autorizadas por la Obra Social.
	En ningún caso y bajo ningún concepto podrá fraccionarse el contenido de un envase.
ANTIBIOTICOS INYECTABLES	MONODOSIS: Hasta 6 (seis) ampollas/frascos individuales por receta
	MULTIDOSIS: Hasta 1 (uno) envase por receta
PSICOFARMACOS	El profesional deberá confeccionar el duplicado o los certificados que correspondade acuerdo con las resoluciones vigentes.
REQUISITOS DEL AFILIADO	
DEBERA PRESENTAR:	Receta correspondiente, carné de afiliación vigente, DNI del titular o del tercero interviniente.
REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO	
LA FARMACIA DEBERA CUMPLIMENTAR:	Pegar con adhesivo o cinta adhesiva transparente (no abrochar) el troquel con su código de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los productos dispensados en el mismo orden en que fueron prescriptos. En caso de haber entregado más de un envase por medicamento, se adherirán en primer lugar los rótulos del Rp1 y a continuación los correspondientes al Rp2,
	Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T y transcribir manualmente el código de barras.
	Fecha de dispensación
	Número de orden
	Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico director técnico de la farmacia al dorso de la receta.
	Firma, Aclaración, DNI, Domicilio y teléfono del afiliado. Si quien recibe la medicación es un tercero, además de los datos mencionados deberá indicar parentesco con el afiliado.
	Resumen de Facturación con el total de las recetas
	A cada receta se le adjuntará: Ticket fiscal / Documento no fiscal homologado / Duplicado o triplicado del ticket fiscal con leyenda, según normas operativas convenidas.
	DATOS REQUERIDOS EN EL TICKET
	Número de ticket fiscal o factura
	Fecha de Venta
	Detalle de los medicamentos dispensados (Nombre comercial + presentación)
	Cantidad de unidades dispensadas
	Importes unitarios, totales a cargo del afiliado y de la Obra Social (entidad)
	Porcentaje de descuento
	Firma, Aclaración, del afiliado o tercero que retira la medicación. (Es importante la recepción en la receta y en el ticket).
	Información fiscal del número de ticket / Factura
	El ticket / factura deberá adherirse al dorso de la receta
CORRECCIONES / ENMIENDAS	Las correcciones o enmiendas en la dispensa (fecha de venta, cantidades dispensadas, etc) deberán estar salvadas con la firma y sello del director técnico de la Farmacia y por el beneficiario o tercero receptor de la medicación. Si hubiera un error en el número de beneficiario, la Farmacia deberá colocar el número correcto en el margen superior de la receta. En este caso no necesita salvarse el dato con firma y sello. Si es necesario, deberá adjuntarse el carné vigente de la Obra Social al momento de la dispensa.
VALIDACION DE LA RECETA	Todas las recetas que correspondan al Plan 70% y plan 100% deberán validarse por autorización previa por parte del afiliado.
RECETAS MIXTAS	Deberá especificarse siempre a que plan corresponde cada medicamento dispensado.

MODELO DE RECETARIO OFICIAL

OSPSIP 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 PATOLOGÍAS CRÓNICAS)	
FECHA DE EMISIÓN	Nº DE OBRA SOCIAL	Nº SINDICAL	EDAD	NOMBRE Y APELLIDO BENEFICIARIO	
NOMBRE Y APELLIDO				DIAGNOSTICO:	
SEXO				SINTOMAS Y/O SIGNOS PRINCIPALES:	
CANTIDAD RECETADA				TIEMPO DE EVOLUCION:	
TAMAÑO NRO LETRAS				DOSIS DIARIA GENERICO 1	
GENERICO Rp/1				DOSIS DIARIA GENERICO 2	
GENERICO Rp/2				FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL	
COMPLETAR LO QUE CORRESPONDA				FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL	
DIAGNOSTICO: SEMANAS					
EMBARAZO: CESAREA					
PARTO: DIAS SEMANAS					
R.N. MESES					
NINO/A					
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL					
FECHA DE VENTA				FARMACIA	
DESCUENTO OPSIP				DESCUENTO UPSRA	
40% AMBULATORIO				60% AMBULATORIO	
100% PMH Y ESPECIFICOS				90% AMBULATORIO	
DNI DEL TITULAR					
DNI DE QUIEN RETIRA					
DOMICILIO:					
TELEFONO:					
FIRMA Y ACLARACION					

COMPLETAR LOS SIGUIENTES DATOS POR LA FARMACIA

MODELOS DE CREDENCIALES VIGENTES.

MODELOS DIGITALES.

 OSPSIP SU SEGURIDAD EN SALUD REGIMEN GENERAL TIPO DE BENEFICIARIO NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO VIGENCIA HASTA TOKEN Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control 0800-222-SALUD (72983) - www.salud.gov.ar	 OSPSIP SU SEGURIDAD EN SALUD REGIMEN GENERAL TIPO DE BENEFICIARIO NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO CUIL VIGENCIA HASTA TOKEN Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control 0800-222-SALUD (72983) - www.salud.gov.ar
 OSPSIP SU SEGURIDAD EN SALUD MONOTRIBUTISTA TIPO DE BENEFICIARIO NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO VIGENCIA HASTA TOKEN Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control 0800-222-SALUD (72983) - www.salud.gov.ar	 OSPSIP SU SEGURIDAD EN SALUD MONOTRIBUTISTA TIPO DE BENEFICIARIO NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO CUIL VIGENCIA HASTA TOKEN Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control 0800-222-SALUD (72983) - www.salud.gov.ar
 OSPSIP SU SEGURIDAD EN SALUD SERVICIO DOMESTICO TIPO DE BENEFICIARIO NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO VIGENCIA HASTA TOKEN Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control 0800-222-SALUD (72983) - www.salud.gov.ar	 OSPSIP SU SEGURIDAD EN SALUD SERVICIO DOMESTICO TIPO DE BENEFICIARIO NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO CUIL VIGENCIA HASTA TOKEN Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control 0800-222-SALUD (72983) - www.salud.gov.ar

IMPORTANTE: Aquellas credenciales que pertenecen al beneficiario **TITULAR** contienen los siguientes datos: “NOMBRE Y APELLIDO, AFILIADO Y VIGENCIA HASTA”. Por otra parte, las credenciales que corresponden a los **ADHERENTES** contienen un dato más, este es el “CUIL”.

MODELO FÍSICO.

 OSPSIP SU SEGURIDAD EN SALUD Nº Afiliado: cuit / orden (Nombre y Apellido) Documento: (Regimen) Paraná 717 (CP: 1017) CABA - Tel: 0800-333-6777 - WWW.OSPSIP.ORG.AR	 OSPSIP SU SEGURIDAD EN SALUD • Esta credencial no es válida sin el cupón adherido. • Para el uso de la misma es indispensable presentar el documento de identidad y último recibo de sueldo. • Esta credencial es propiedad de la O.S.P.S.I.P. • En caso de extravío, se agradecerá su devolución. VENCIMIENTO: 31/09/2025  DR. ANGEL ALBERTO GARCIA PRESIDENTE OPSIP  SSSalud SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Órgano de Control - https://www.argentina.gob.ar/sssalud Atención telefónica: 0800-222-72583 (SALUD)
--	---

IMPORTANTE: Debe tenerse especial recaudo de corroborar que la credencial se encuentre vigente visualizando la fecha de vencimiento obrante en el sticker adjunto.

MODELO DE AUTORIZACIÓN VIGENTE

9/1/26, 12:07

	O.S.P.S.I.P SOLICITUD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS	Fecha impresion: 09-01-2026 Delegación: CAPITAL FEDERAL	Orden N° 118447
---	---	--	---------------------------

DATOS DEL AFILIADO			
Afiliado:	ALVAREZ, JOSE EDUARDO	N° Afiliado:	428626/0 DU: 29440024
Edad:	43	Telefono:	42371851
Dirección:	CALLE 712 SAN NICOLAS 1825 EX 124 FLORENCIO VARELA	Delegacion:	CENTRAL

DATOS DE LA ORDEN			
Diagnostico:	DIABETES	Fecha Orden:	13-10-2025
Especialidad:	DIABETOLOGIA	Medico:	MARTIN
Prestador:	OSPSIP	SUR:	NO

MEDICAMENTOS						
RECETA	RP.	Cant.	Medicamento	F.Carga	Us.Carga	Desc.
1	1	X 2	SENDOR LIBRE 2 PLUS (CAJA X 1)	21-10-2025	PATRICIOT	100 %
AUTORIZADO A		FARMACIA XXXX				

FIRMA DEL AFILIADO



IMPORTANTE: La validez de la autorización culmina cuando finaliza la validez de la receta.