

	A CARGO ENTIDAD	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE	VALIDACION ONLINE
AMBULATORIO (*1)	40%	60%	VADEMECUM AMBULATORIO	SI
CRONICIDAD (*2)	70%	30%	VADEMECUM CRONICIDAD	SI
PLAN MATERNO INFANTIL (*3)	100%	----	VADEMECUM PMI	SI
ANTICONCEPTIVOS (*4)	100%	----	MANUAL FARMACEUTICO	SI
AUTORIZACIONES ESPECIALES (*5)	VARIABLE	VARIABLE	MANUAL FARMACEUTICO	NO

CREENCIAL y DNI (*6)

Definitiva: SI
 Provisoria: SI
 Digital: SI

prevalentes (**Nutrar**), coincidente con la receta médica.

TIPO DE RECETARIO (*7)

Oficial: NO (**EXCEPTO PLAN CRONICO**)
 Particular: SI

LIMITACIONES TAMAÑO

Si no indica: El menor
Si indica "GRANDE" y existen tres (3) tamaños:
 - Con "TRATAMIENTO PROLONGADO" (de puño y letra del profesional): El mediano.
 - Sin "TRATAMIENTO PROLONGADO": El menor.

VACUNAS (*8)

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos

PSICOFARMACOS

Duplicado: SI
 Fotocopia: NO

ESPECIALIDADES EXCLUIDAS

Salvo lo específicamente aclarado como excluido, los demás medicamentos que están dentro de la Resol. 310/2004 MS podrán ser expendidos con el descuento del plan.

ACLARACIÓN FIRMA MEDICO Y N° MATRICULA

(Cuando no se encuentren pre-impresos)
 Con sello: SI Manuscrito: NO

ACCESORIOS
 ALIMENTICIOS Y DIETETICOS
 ANOREXIGENOS
 ANTIALOPECICOS
 ANTIETILICOS
 ANTISEPTICOS DE USO EXTERNO
 CALLICIDAS
 COADYUVANTES EN ONCOLOGIA.
 COMPLEMENTO DIETARIO
 DE USO EN INTERNACION
 DERIVADOS DE LA SANGRE Y ERITROPOYETINA
 DERMATOCOSMETICOS Y PERFUMERIA
 FORMULAS MAGISTRALES
 HORMONA DE CRECIMIENTO
 INMUNOSUPRESORES, INMUNOTERAPICOS E INMUNOMODULADORES.
 MATERIAL PARA CONTRASTE RADIOLOGICO ONCOLOGICOS Y ONCOHEMATOLOGICOS
 ORLISTAT
 PRODUCTOS PARA HIV
 PRODUCTOS SIN TROQUEL (EXCEPTO TRAZABLES)
 SOLUCIONES PARENTERALES
 SUEROS E INMUNOGLOBULINAS
 TIRAS REACTIVAS
 TRATAMIENTO DISFUNCION SEXUAL MASCULINA
 PRODUCTOS DE VENTA LIBRE
 TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD
 CITOSTATICOS
 USO HOSPITALARIO
 TRATAMIENTO DE LA ESTERILIDAD.

ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES

(cuando supere la unidad)
 Letras: SI Números: SI

LIMITACIONES CANTIDAD

Hasta tres (3) especialidades por receta y hasta una (1) unidad por especialidad.

EXCEPCIONES:

- Con la leyenda de "TRATAMIENTO PROLONGADO" (de puño y letra del profesional): Hasta dos (2) unidades por especialidad. Anticonceptivos (3) tres.
 - **Antibióticos inyectables en envases unitarios:** Hasta 5 (cinco) unidades.
 - **Cronicidad:** lo que se encuentre autorizado por el Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por la farmacia: NO

Por el afiliado: SI (errores de expendio)

PRESENTACION (*9)

(*1) PLAN AMBULATORIO

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

PLANES GENERALES	
- CEIBO (incluye GILSA CEIBO) – MI 600	- MI 2000 P – MI 2000 PLUS
- ARRAYAN – MI 700	- MI 500
- NOGAL – MI 800	- MI 850
- ROBLE – MI 900 – ROBLE OSEDA	
- OSPOCE 01 – MI 1000	
- MI 950	

(*2) CRONICIDAD

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando indistintamente a <http://cronicos.nutrar.com>, <http://validacionesag.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 dichos consumos 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**.

RECETARIO:

- Recetario particular original de prestadores de OSPOCE.
- El afiliado podrá realizar el retiro de su proyección trimestral (cada uno con su receta original).

MUY IMPORTANTE: Los afiliados podrán retirar los medicamentos crónicos con el 40% de descuento, siempre y cuando se encuentren incluidos en el vademécum correspondiente.

(*3) PLAN MATERNO INFANTIL

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

IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO:

Madre: Credencial con la leyenda Plan Materno Infantil (**VER MUESTRA**).

Norma de Atención N°: 5742
Vigencia: 26/05/2025

Niño: Credencial con la leyenda Plan Materno Infantil (**VER MUESTRA**) o documento/partida de nacimiento que indique edad del mismo (beneficio hasta el año de vida).

COBERTURA LECHES:

Medicamentosas: exclusivamente con autorización previa de la Entidad o a través de su **VALIDACION** ingresando indistintamente a <http://cronicos.nutrar.com>, <http://validacionesag.com/> o bien a través de los sistemas de facturación integrados.

Maternizadas: excluidas, excepto para el **PLAN OSPOCE 01** mediante autorización de la Entidad.

VACUNAS:

Las mismas pueden estar prescritas por monodroga, acción farmacológica o marca comercial indistintamente y no requieren autorización de la Entidad.

El calendario de vacunación publicado por el Ministerio de Salud y sus modificaciones vigentes, es aquel que la Entidad contempla (incluidas Hepatitis A, Quintuple, Séxtuple, Prevenar, Synflorix y Antitetánicas PMI Madre).

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

Edad	BCG (1)		Hepatitis B HB (2)		Neumococo Conjugado (3)		Quintuple Pentavalente DTP-HB-Hib (4)		Polio IPV (5) OPV (6)		Rotavirus (7)		Meningococo (8)		Gripe (9)		Hepatitis A HA (10)		Triple Viral SRP (11)		Varicela (12)		Cuádruple o Quintuple Pentavalente DTP-Hib (13)		Triple Bacteriana Celular DTP (14)		Triple Bacteriana Acelular dTpa (15)		Virus Papiloma Humano VPH (16)		Doble Bacteriana dT (17)		Doble Viral SRP o Triple Viral SRP (18)		Fiebre Amariilla FA (19)		Fiebre Hemorrágica Argentina FHA (20)				
	única dosis (A)	dosis neonatal (B)	1º dosis	2º dosis	3º dosis	1º dosis	2º dosis	3º dosis	1º dosis	2º dosis	1º dosis	2º dosis	única dosis	1º dosis	única dosis	1º dosis	única dosis	1º dosis	única dosis	única dosis	única dosis	única dosis	única dosis	única dosis	única dosis	única dosis	única dosis	única dosis	única dosis	única dosis	única dosis	única dosis	única dosis	única dosis	única dosis	única dosis					
Recién nacido																																									
2 meses			1º dosis	1º dosis	1º dosis						1º dosis (D)																														
3 meses																																									
4 meses					2º dosis																																				
5 meses																																									
6 meses																																									
12 meses					refuerzo																																				
15 meses																																									
15-18 meses											1º refuerzo																														
18 meses																																									
24 meses																																									
5-6 años (ingreso escolar)																																									
11 años																																									
A partir de los 15 años																																									
Adultos																																									
Embarazadas																																									
Puerperio																																									
Personal de salud																																									

(1) BCG: Tuberculosis (formas invasivas)
(2) HB: Hepatitis B
(3) Prevenar 9: Meningitis, Neumonia y Sepsis por Neumococo.
(4) DTP-HB-Hib: (Pertussis) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hep B, Haemophilus influenzae b.
(5) IPV: (Sólo Poliovirus inactivado).
(6) OPV: (Sólo Poliovirus oral).
(7) Rotavirus.
(8) Meningococo.
(9) Antitetánico.
(10) HA: Hepatitis A.
(11) SRP: (Triple viral) Sarampión, Rubéola, Paperas.
(12) Varicela.
(13) DTP-Hib: (Cuádruple) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Haemophilus influenzae b.
(14) DTP: (Triple Bacteriana Celular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.
(15) DTP: (Triple Bacteriana Acelular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.
(16) VPH: Virus Papiloma Humano.
(17) dT (Doble Bacteriana) Difteria, Tétanos.
(18) SE: (Doble Viral) Sarampión, Rubéola.
(19) FA: (Fiebre Amariilla).
(20) FHA: (Fiebre Hemorrágica Argentina).

(A) Antes de egresar de la maternidad.
(B) En los primeros 12 horas de vida.
(C) Vacunación Universal: Si no hubiera recibido el esquema completo, deberá completarlo. En caso de tener que iniciar: aplicar 1º dosis, 2º dosis al mes de la primera y 3º dosis a los seis meses de la primera.
(D) La 1ª dosis debe administrarse antes de los cuatro meses y seis días o tres meses y medio.
(E) La 2ª dosis debe administrarse antes de los veinticuatro meses o a los seis meses de vida.
(F) Debe recibir en la primovacunación 2 dosis de la vacuna separadas al menos por cuatro semanas.
(G) En caso embarazo debiera recibir la vacuna antitetánica en cualquier trimestre de la gestación.
(H) Puerperas debiera recibir vacuna antitetánica si no la hubieran recibido durante el embarazo, antes del egreso de la maternidad y hasta un máximo de diez días después del parto.
(I) Si no hubiera recibido dos dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, después del año de vida pero las recibiera después de 1965.

(1) Aplicar dTpa en cada embarazo independientemente del tiempo desde la dosis previa. Aplicar a partir de la semana 20 de gestación.
(2) Personal de salud que viva menores de 12 meses. Revacunar cada 5 años.
(3) Residentes en zonas de riesgo.
(4) Residentes en zona de riesgo única refuerzo a los diez días de la primera dosis.
(5) Residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zona de riesgo y que no hayan recibido anteriormente la vacuna.
(6) 2 dosis separadas por intervalo mínimo de 6 meses.



(*4) ANTICONCEPTIVOS

Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de **VALIDACION OBLIGATORIA EN FORMA REMOTA** de la prescripción médica, ingresando indistintamente a <http://cronicos.nutrar.com>, <http://validacionesag.com/> o bien a través de los sistemas de facturación integrados, en el plan **O.S.P.O.C.E. Anticonceptivos 100%**.

Les rogamos prestar especial atención a los principios activos y cantidades autorizadas, debido a que dichos consumos 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**.

Se podrán dispensar **hasta 3 (tres) envases por receta (consumo para tres meses en una misma entrega)**, coincidiendo con lo prescripto.

Dichos medicamentos se podrán entregar con el descuento AMBULATORIO siempre y cuando se encuentren en el VADEMECUM correspondiente.

(*5) AUTORIZACIONES ESPECIALES

Solo podrán expendirse recetas que NO cumplan con los requisitos y/o excepciones a la presente norma de atención, cuando se hallen autorizadas por la Auditoría Médica de la Entidad.

(*6) CREDENCIAL

El beneficiario deberá presentar DNI, LC o LE y credencial definitiva, provisoria o digital (ver MODELOS). Se deberá controlar la fecha de vencimiento de la misma.

(*7) RECETARIO

Serán válidas las recetas de cualquier tipo (Oficial, Particular o de Instituciones, Emergencias Médicas y Hospitales Públicos).

No se aceptarán recetarios sin membrete y/o de propaganda médica.

Datos que deben figurar de puño y letra del profesional y con la misma tinta:

- Fecha de prescripción.
- Nombre y Apellido del asociado.
- Número de asociado de OSPOCE INTEGRAL.
- Denominación de la Entidad (aclarando si es INTEGRAL o AMCI).
- Medicamentos recetados consignando OBLIGATORIAMENTE su principio activo o nombre genérico.
- Cantidad en números y letras.
- Firma, sello aclaratorio y número de matrícula.

- Serán válidas las recetas preimpresas (confeccionadas en formato digital) con la firma del médico prescriptor realizada tanto en **tinta de lapicera y/o birome**, como en **formato digital**.

(*8) ACLARACION VACUNAS

- Las VACUNAS cuentan con un 40% de descuento.
- Se aceptan las vacunas de Calendario oficial prescriptas por acción farmacológica y/o marca comercial. El resto de las vacunas (fuera de calendario) deben prescribirse obligatoriamente por principio activo, tal como el resto de los medicamentos.
- La vacuna contra el VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) cuenta con cobertura al 100% para niñas y niños de 11 años sin requerir previa autorización de la Entidad. Luego de esa edad podrá ser expandida al 40% sin autorización como el resto de las vacunas. Dicho control deberá realizarse a través del DNI del paciente.

Las **VACUNAS ANTIGRIPALES** poseen cobertura al 40%.

Pueden ser expandidas al **100% únicamente**:

- Con autorización de la Entidad.
- Sin autorización para pacientes con cobertura PMI.
- Niños menores de 24 meses.
- Adultos mayores de 65 años

Se acepta la prescripción por acción farmacológica "VACUNA ANTIGRI PAL".

(*9) PRESENTACION

Las facturaciones se deberán presentar en lotes por separado, conforme el siguiente esquema:

- 40% AMBULATORIOS
- 70% CRONICIDAD
- 100% PLAN MATERNO INFANTIL
- 100% ANTICONCEPTIVOS
- AUTORIZACIONES ESPECIALES (VARIABLE)

Asimismo, les recordamos que las recetas de cada plan deberán encontrarse numeradas en forma correlativa.

MODELOS DE CREDENCIAL





MODELO DE CREDENCIAL DIGITAL

