

Norma de Atención N°: 5407  
Vigencia: 09/12/2021

	A CARGO O. SOCIAL	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
MEDICAMENTOS (*)	40%	60%	VADEMECUM AMBULATORIO
PLAN MATERNO INFANTIL (*) (*1)	100%	-----	VADEMECUM PMI
AUTORIZACIONES ESPECIALES (*5)	100%	-----	MANUAL FARMACEUTICO

**CREENCIAL (\*2)** (Ver modelos)

Definitiva de OSPIT: SI  
Definitiva de DOCTORED: SI  
Provisoria: NO

**RECIBO DE HABERES QUINCENAL: SI (\*3)****DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI****TIPO DE RECETARIO**

Oficial (en todo el PAIS): SI  
Particular:  
a) **CF y GBA:** De Entidades del Listado (\*4)  
b) **Interior:** De cualquier médico u odontólogo

**VALIDEZ DE LA RECETA: 20 días corridos****PSICOFARMACOS**

Duplicado: SI  
Fotocopias: NO

**ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.**

Con sello: SI      Manuscrito: NO

**ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES**

Letras y números: SI (solo si excede una unidad)

**ENMIENDAS SALVADAS:**

Por el médico: SI (errores de prescripción)

Por el afiliado: SI (errores de expendio)

**LIMITACIONES CANTIDAD Y TAMAÑO**

a) Hasta dos (2) especialidades por receta y hasta una (1) unidad de cada especialidad

**Excepciones:**

- **Con "TRATAMIENTO PROLONGADO":** Hasta dos (2) unidades.
- **Antibióticos inyectables monodosis:** Hasta cinco (5) unidades.
- b) **Si no indica:** El menor.
- c) Si indica "GRANDE" y existen tres (3) tamaños:
  - **Con "TRATAMIENTO PROLONGADO":** El mayor.
  - **Sin "TRATAMIENTO PROLONGADO":** El mediano

**ESPECIALIDADES EXCLUIDAS**

- MEDICAMENTOS PARA USO EN INTERNACION
- TODAS AQUELLAS QUE NO FIGUREN EN VADEMECUM

**AUTORIZACIONES:** las indicadas en el punto (2) inciso c) de la presente norma.

**PRESENTACIÓN**

Planilla por Triplicado

**FACTURACION Y REFACTURACION:** Ver normas Generales de atención y presentación.

**(\*) Toda receta y/o prescripción médica debe efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica, cantidad de unidades por envase y concentración.**

**Ante la falta de existencia del producto en el local por diversas razones (falta en farmacia o falta en el mercado), el farmacéutico está autorizado a reemplazar el medicamento por otro que contenga el mismo principio activo, forma farmacéutica, concentración y cantidad de unidades, siempre que sea de menor o igual valor al producto que figura en el vademécum.**

Norma de Atención N°: 4871  
Vigencia: **02/12/2016**

---

## **(\*1) PLAN MATERNO INFANTIL**

### **- COBERTURAS:**

**PARA LA MADRE:** Durante el embarazo y hasta un mes después del parto.

**PARA EL NIÑO:** Hasta el año de vida.

### **NOTA:**

No es obligatoria la presentación de la credencial de "O.S.P.I.T.", para los niños de hasta 3 (tres) meses de vida, junto a las recetas del Plan Materno Infantil; en su reemplazo se deberá solicitar el certificado de nacimiento del niño y el resto de la documentación habitual que debe presentar el afiliado.

### **- MUY IMPORTANTE:**

#### **a) EXCLUSIVAMENTE PARA FARMACIAS DE TUCUMAN**

No se aceptará la venta, en cualquiera de los descuentos habilitados (40% y 100% P.M.I.), de leches (enteras, en polvo o Maternizadas o Medicinales – especiales -) en todos los planes.

#### **b) PARA TODAS LAS FARMACIAS DEL PAIS**

Los productos comerciales que se encuentren incluidos en el vademécum, en forma farmacéutica comprimidos, tabletas, cápsulas y grageas, NO GOZAN de descuento para la cobertura de recién nacidos (menores de un año) del 100% P.M.I., por lo tanto no serán reconocidos por ADMIFARM.

## **(\*2) CREDENCIAL**

a) En todos los casos deberán verificar que el beneficiario se encuentre incluido en el listado de SOCIOS HABILITADOS, caso contrario, no se le realizará descuento alguno.

b) En el caso que la credencial esté vencida, sólo se podrá realizar el descuento contra presentación del último recibo de quincena.

c) Cuando un afiliado no se encuentre en el listado de SOCIOS HABILITADOS, la receta podrá estar autorizada por alguna de las personas del ANEXO I.

## **(\*3) RECIBO DE HABERES**

a) El recibo deberá estar membretado y sellado con los datos de la Empresa.

b) Validez: Hasta la quincena anterior.

c) La farmacia deberá exigir D.N.I./C.I. del Titular.

## **(\*4) RECETARIO PARA CAPITAL FEDERAL Y GRAN BUENOS AIRES**

Todo afiliado que se presente con receta de profesional y/o entidad que no sea del listado, podrá ser atendido, siempre y cuando en la misma figure el sello cuyo modelo se adjunta en la presente.

Norma de Atención N°: 5407  
Vigencia: 09/12/2021

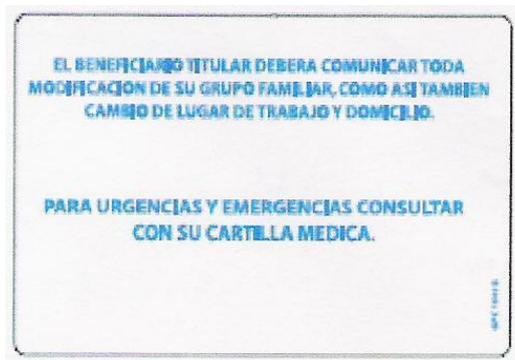
## (\*5) AUTORIZACIONES ESPECIALES

- Ante cada expendio se deberá realizar el proceso de Validación obligatoria en forma remota de la prescripción médica, ingresando a <http://validacionesag.com/> o bien a través de los sistemas de facturación integrados.
- La farmacia facturará el primer mes adjuntando la receta (original) confeccionada por el profesional. En los **5 (CINCO) meses** subsiguientes deberá facturar adjuntando una fotocopia de la receta original con el **Código de Autorización Semestral** otorgado por el Centro de Seguimiento de Pacientes Crónicos.

### MUY IMPORTANTE:

**TODO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS GENERALES DE ATENCIÓN Y PRESENTACIÓN ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.**

### NUEVO MODELO DE CREDENCIAL (con nueva numeración de beneficiarios)



### MODELOS DE CREDENCIALES

Titular



Familiar



Norma de Atención N°: 4871  
Vigencia: 02/12/2016

### Familiar a cargo



A  
O  
Y

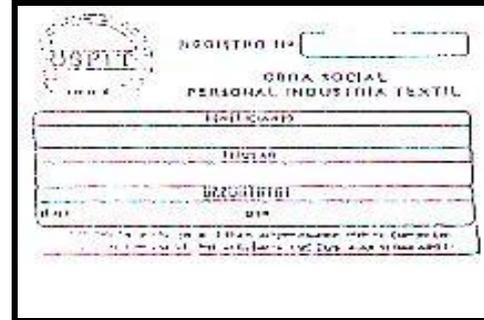
FAMILIAR A CARGO  
12673071/80/1  
NOMBRE DEL TITULAR  
GODOY MARIO OSCAR

OSPIT  
ANSAI

APELLIDO Y NOMBRE DOCUMENTO  
GODOY MARIO RAMON I.E. 7.440.519

12-88818 VENCIMIENTO: 12/06/1995  
FAMILIAR A CARGO

### MODELO VIEJO



OSPIT

REGISTRO N°

OBRA SOCIAL  
PERSONAL INDUSTRIA TEXTIL

IDENTIFICADO

TITULAR

DOCUMENTO

OSPIT

### MODELO DE CREDENCIAL DE DOCTO RED



**Docto Red**  
COBERTURA MEDICA INTEGRAL

PLAN GLOBAL

Nombre: PATRIGNANI IDA Doc.: D.N.I.  
Socio N°: 5075-01 Plan: DR  
Ingreso: 03/06/03 Vto: 02/06/04

OSPIT

Norma de Atención N°: 5407  
Vigencia: 09/12/2021

## MODELO DE RECETARIO OFICIAL



---

HISTORIA CLINICA N° \_\_\_\_\_ DEFENSOR N° \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELIDO \_\_\_\_\_

Dp. \_\_\_\_\_

---

**SEÑAL DEFENSOR:**

Para ser otorgada en cualquier momento médico, se accionará solamente el servicio de atención de urgencias y se deberá contar de la siguiente manera. En funcionamiento a tiempo, se deberá el documento que muestra el personal de atención que en todos los momentos hay médicos, enfermeras, farmacéuticos.



Norma de Atención N°: 4871  
 Vigencia: 02/12/2016

<b>OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA TEXTIL</b>		
BENEFICIARIO N° .....		
NOMBRE Y APELLIDO .....		
Rp./	Fecha.../.../.....	
		
<input type="checkbox"/> CRONICIDAD <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PROLONGADO <input type="checkbox"/> PMI		
<p><b>SEÑOR BENEFICIARIO:</b> Para ser atendido en nuestros Servicios Médicos, es necesario concurrir con el carnet, documento de identidad, y el último recibo de beneficiario. En caso de familiares a cargo, se agregará el documento que acredite el parentesco. Recuerde que en todas las delegaciones hay Médicos Clínicos, Odontólogos y Especialistas.</p> <p><b>SEÑOR PROFESIONAL:</b> Recetar por genéricos y únicamente hasta 2 medicamentos por receta.</p>		
F. 023		

### MODELO DE RECETARIO OFICIAL PARA PMI (coexiste con el resto)

	<b>Recetario</b>	<i>PLAN MATERNO</i>
Beneficiario N°	F.U.M.: ...../...../.....	F.P.P.: ...../...../.....
Apellido y Nombre	Rp./	
Historia clínica N°		
<p><b>SEÑOR BENEFICIARIO:</b>                  Para ser atendido en nuestros Servicios Médicos, es necesario concurrir con el carnet, documento de identidad, y el último recibo del beneficiario. En caso de familiares a cargo, se agregará el documento que acredite el parentesco. Recuerde que en todas las Seccionales hay Médicos Clínicos, Odontólogos y Especialistas.                  Recetar por genéricos y únicamente hasta 2 medicamentos.</p>		
	Firma del Médico y Matricula	

Norma de Atención N°: 5407  
Vigencia: 09/12/2021

## PLAN MATERNO INFANTIL

### Recetario

Beneficiario N°

Apellido

Nombre

F.U.M.:

Fecha probable parto.:

**SEÑOR BENEFICIARIO:**  
Recuerde que para ser atendido en nuestros Prestadores, es necesario concurrir con el carnet, documento de identidad, y el último recibo de sueldo. En caso de familiares a cargo, se agregará el documento que acredite el parentesco.  
Recuerde que en todos los Policonsultorios hay Médicos Clínicos, Odontólogos y Especialistas.  
**SEÑOR PROFESIONAL:**  
Recetar por genéricos y únicamente hasta 2 medicamentos por receta.

Rp./

Fecha: ...../...../.....



Firma y Matrícula del Médico

## MODELO DE SELLO PARA RECETAS DE PROFESIONALES Y/O ENTIDADES FUERA DEL LISTADO

EL GRUPO .....  
PERTENECE A LA O.S. PERSONAL INDUSTRIA  
TEXTIL CUERPO UNICO .....  
.....  
.....  
SEÑOR PROFESIONAL:  
.....  
.....