

NORMAS OPERATIVAS

I) GENERALIDADES

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				
<p><u>Recetario Oficial de la Obra Social:</u> completo en forma manuscrita con firma y sello médico en original (ver muestra al pie).</p> <p><u>Recetario Electrónico:</u> 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, Nº de beneficiario, Nº de DNI del beneficiario, Fecha prescripción, medicamento genérico, forma farmacéutica, dosis/unidad, concentración.</p> <p>Las recetas deben indicar que fueron firmadas electrónicamente o digitalmente por el profesional prescriptor (la firma electrónica sustituye legalmente a la firma ológrafa).</p> <p><u>Es importante aclarar que el afiliado deberá presentar la receta impresa en la farmacia.</u></p>				
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				
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Diagnóstico:</u> 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	Se podrán dispensar hasta 2 (dos) envases de cada producto por renglón. Si no			

MEDICAMENTO SEGÚN TAMAÑO	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.
REQUISITOS DEL AFILIADO	
DEBERÁ PRESENTAR:	Receta correspondiente, carné de afiliación vigente, DNI del titular o del tercero interviniente.
REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO	
LA FARMACIA DEBERÁ 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)
CORRECCIONES / ENMIENDAS	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
	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.
INCLUSIONES Y EXCLUSIONES	VER PUNTO IV

II) MODELO DE RECETARIO OFICIAL

 <p>OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE SEGURIDAD COMERCIAL, INDUSTRIAL E INVESTIGACIONES PRIVADAS RNOS 1-1970-8 PARANÁ 717 - CABA. Tel.: 0800-333-6777</p>				<p>HISTORIA CLINICA (DATOS DE LA PERSONA PROFESIONAL EN PATOLOGIAS CRONICAS)</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO BENEFICIARIO</p> <p>DIAGNOSTICO:</p> <p>SINTOMAS Y/O SIGNOS PRINCIPALES</p> <p>TIEMPO DE EVOLUCION:</p> <p>DOSIS DIARIA GENERICO 1</p> <p>DOSIS DIARIA GENERICO 2</p>			
FECHA DE EMISION	Nº DE OBRA SOCIAL	Nº SINDICAL	EDAD				
NOMBRE Y APELLIDO		SEXO CANTIDAD RECETADA					
		TAMANO	NRO	LETRES			
GENERAL Rp/1							
GENERAL Rp/2							
COMPLETAR LO QUE CORRESPONDA DIAGNOSTICO: <input type="checkbox"/> EMBARAZO <input type="checkbox"/> SEMANAS PARTO: <input type="checkbox"/> CESAREA <input type="checkbox"/> SEMANAS R.N. <input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> MESES NIÑO/A <input type="checkbox"/> MESES				FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL			
FECHA DE VENTA FARMACIA DESCUENTO OSPSIP 40% AMBULATORIO 70% AMBULATORIO 100% HOSPITAL Y ESPECIFICOS D.N.I. DEL TITULAR D.N.I. DE QUIEN RETRA DOMICILIO: TELEFONO: FIRMA Y ACLARACION				FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL			
COMPLETAR LOS SIGUIENTES DATOS POR FARMACIA							

III) MODELOS DE CREDENCIALES VIGENTES.

MODELOS DIGITALES.

 <p>OSPSIP SU SEGURIDAD EN SALUD</p> <p>REGIMEN GENERAL TIPO DE BENEFICIARIO</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO VIGENCIA HASTA</p> <p>TOKEN</p> <p>Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control 0800-222-SALUD (72583) - www.ssalud.gov.ar</p>	 <p>OSPSIP SU SEGURIDAD EN SALUD</p> <p>REGIMEN GENERAL TIPO DE BENEFICIARIO</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO CUIL VIGENCIA HASTA</p> <p>TOKEN</p> <p>Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control 0800-222-SALUD (72583) - www.ssalud.gov.ar</p>
 <p>OSPSIP SU SEGURIDAD EN SALUD</p> <p>MONOTRIBUTISTA TIPO DE BENEFICIARIO</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO VIGENCIA HASTA</p> <p>TOKEN</p> <p>Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control 0800-222-SALUD (72583) - www.ssalud.gov.ar</p>	 <p>OSPSIP SU SEGURIDAD EN SALUD</p> <p>MONOTRIBUTISTA TIPO DE BENEFICIARIO</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO CUIL VIGENCIA HASTA</p> <p>TOKEN</p> <p>Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control 0800-222-SALUD (72583) - www.ssalud.gov.ar</p>
 <p>OSPSIP SU SEGURIDAD EN SALUD</p> <p>SERVICIO DOMESTICO TIPO DE BENEFICIARIO</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO VIGENCIA HASTA</p> <p>TOKEN</p> <p>Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control 0800-222-SALUD (72583) - www.ssalud.gov.ar</p>	 <p>OSPSIP SU SEGURIDAD EN SALUD</p> <p>SERVICIO DOMESTICO TIPO DE BENEFICIARIO</p> <p>NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO CUIL VIGENCIA HASTA</p> <p>TOKEN</p> <p>Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control 0800-222-SALUD (72583) - www.ssalud.gov.ar</p>

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.



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

IV) MODELO DE AUTORIZACIÓN VIGENTE

9/1/26, 12:07

	O.S.P.S.I.P SOLICITUD DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS		Fecha impresión: 09-01-2026 Delegación: CAPITAL FEDERAL	Orden N° 118447
DATOS DEL AFILIADO				
Afiliado:	ALVAREZ, JOSE EDUARDO		Nº 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				
Diagnóstico:	DIABETES		Fecha Orden:	13-10-2025
Especialidad:	DIABETOLOGIA		Medico:	MARTIN
Prestador:	OSPSIP		SUR:	NO
MEDICAMENTOS				
RECETA	RP.	Cant.	Medicamento	F.Carga
1	1	X 2	SENDOR LIBRE 2 PLUS (CAJA X 1)	21-10-2025
AUTORIZADO A		FARMACIA XXXX		

FIRMA DEL AFILIADO



21-10-2025

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

V) AUTORIZACIONES FORZADAS:

Se aplicará la modalidad de autorización forzada: (i) cuando la medicación no esté prevista en los listados acordados entre “**LA OBRA SOCIAL**” y “**EL PRESTADOR**” sea esto en razón de su marca o su composición; (ii) cuando el beneficiario destinatario de la medicación no se encontrare debidamente empadronado; y finalmente (iii) cuando el porcentaje de bonificación no sea el que corresponda de acuerdo a la normativa vigente o de acuerdo a lo previamente convenido entre “**LA OBRA SOCIAL**” y “**EL PRESTADOR**”.

VI) EXCLUSIONES

- Jabones (**)
- Cremas reductoras y/o cosméticas
- Productos de venta libre
- Suplementos Dietéticos – Edulcorantes
- Pastas, polvo y líquidos dentífricos
- Herboristeria
- Oncológicos
- Inmunosupresores
- Material descartable
- Dermatológicos (**)
- Homeopáticos
- Hemoderivadores
- Anorexígenos
- Limpia o fija dentadura
- Champúes y lociones (**)
- Sustitutos de la sangre
- Fórmulas magistrales
- Perfumería, tocador, belleza

(**) Excepto que sea de venta bajo receta