

# OSSEG

## (Obra Social de Seguros)

### 1. AMBITO DE APLICACIÓN:

- Todo el país.

### 2. DESCUENTOS

*Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor vigente al día del expendio.*

Planes:	A cargo del afiliado:	A cargo de la entidad:
Salud	60%	40%
Básico	60%	40%
Especial	60%	40%
Integral	30%	70%
(La receta se debe validar y el sistema devolverá el porcentaje de cobertura correspondiente)	20%	80% (Drogas para Tratamientos Crónicos)
Integral Adherente	50%	50%
Adherente 2021	50%	50%
Superador 2021	50%	50%
PLAN MATERNOINFANTIL (PMI)	0%	100%

Ver cobertura de PMI y Medicación con Autorización previa de OSSEG en Anexo 2.

Ver cobertura de PMI y Medicación con Autorización previa de OSSEG en Anexo 2.

<b>Tipo de Recetario:</b>	Convencional con membrete impreso de médico particular, institución médica o sello identificador en caso de Centros de Atención, Emergencias, Sanatorios u Hospitales.
	Se aceptarán recetarios preimpresos por computadora siempre y cuando el sello y firma del profesional prescriptor sea en original.
	No se aceptan Fotocopias
	<b>Receta Electrónica:</b> Estas recetas cuentan con un Número de Receta Electrónica o ID que las identifica. La misma figura en un código de barras. Estas recetas deben validarse online ( <b>Ver punto 8</b> ).
<b>Datos contenidos en la receta:</b>  Los datos manuscritos por el profesional deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma.	Denominación de la entidad o membrete.
	Nombre, Apellido del afiliado.
	Plan de afiliación
	Número de afiliación: ambos números que figuran en la credencial son válidos y podrán figurar en la receta indistintamente. <b>IMPORTANTE:</b> a efectos de la validación on line de la receta se utilizará el número de credencial de 16 dígitos, En caso de que este no se hallare en la receta, el mismo podrá ser validado y salvado en la receta por el farmacéutico/a, como así también el Plan de afiliación
	Fecha de emisión de la receta legible.
	Sello y firma del médico
	Detalle de los medicamentos prescritos de acuerdo a legislación vigente
	Cantidades de los medicamentos en números y letras
	En el caso del PMI, el médico deberá colocar sexo y edad del afiliado. En caso de omisión, puede ser completado por el farmacéutico actuante.
	<b>Validez</b>
<b>a) para la venta:</b>	30 (treinta) días a partir de la fecha de emisión e incluyendo la misma.
<b>b) para la presentación:</b>	120 (ciento veinte) días corridos, a partir de la fecha de venta e incluyendo la misma.
<b>c) Para la refacturación:</b>	30 (treinta) días corridos a partir de haber recibido la liquidación.
<b>RECORDAR QUE LOS DEBITOS SON NO REFACTURABLES, SALVO ERRORES INHERENTES A LA AUDITORIA.</b>	

<b>Cantidad máxima de Medicamentos y de envases por receta /renglón:</b>	Hasta 3 (tres) medicamentos distintos por receta (o renglones/RP) y hasta 2 envases por renglón.	
<b>Contenidos máximos de cada medicamento según su tamaño:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Tope de envases grandes por receta:</b> 3 (tres).</li> <li>• <b>Tope de envases chicos por receta:</b> 4 (cuatro), ya que de no poseer tamaño grande y si el afiliado presta conformidad, se podrán dispensar 2 envases chicos siempre que éstos no superen la cantidad indicada originalmente por el profesional.</li> <li>• <b>Envases chicos por renglón:</b> hasta 2 (dos)</li> <li>• <b>Envases grandes por renglón:</b> hasta 2 (dos)</li> </ul>	
	Tamaño especificado: Lo requerido en la receta.	
	Tamaño no especificado: Vender la menor presentación.	
	Especifica "grande": Vender la presentación siguiente a la de menor tamaño.	
<b>Antibióticos inyectables:</b>	<b>Monodosis:</b> hasta 5 (cinco) ampollas individuales por receta. <b>Multidosis:</b> hasta 2 (dos) envases por receta. Ambos casos serán considerados como tamaño GRANDE.	
<b>Psicofármacos:</b>	Lista II (Receta Oficial):	Receta de Salud Pública Receta adjunta de la institución.
No se aceptan fotocopias de recetas.	Lista III y IV (Receta Archivada):	Receta oficial por duplicado, con sello y firma del médico, aún estando el sello impreso.
<b>4. REQUISITOS DEL AFILIADO:</b>		
<b>Deberá presentar:</b>	Credencial de afiliación en vigencia: credencial plástica con banda magnética incorporada. (Ver <b>Anexos:</b> Credenciales)	
	Receta correspondiente.	
	Documento de identidad.	
	En el caso que el beneficiario no concurriera personalmente a la farmacia, podrá hacerlo un tercero por él, <b>quien deberá exhibir la credencial y el documento de identidad del beneficiario.</b>	
<b>5. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:</b>		
<b>La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:</b>	Pegar con adhesivo o con cinta adhesiva transparente (no abrochar) <b>en la receta</b> el troquel con su código de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescritos.	
	Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T debiendo firmar el afiliado o tercero interviniente.	
	Adjuntar a la receta copia del Ticket Fiscal o comprobante de venta conteniendo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de dispensación</li> <li>• Detalle de los medicamentos entregados</li> <li>• Cantidades entregadas de cada medicamento prescrito.</li> <li>• Importes unitarios, totales y porcentaje a cargo de la entidad.</li> <li>• Número de autorización emitido por el sistema de validación on line.</li> <li>• Firma, aclaración de firma y número de documento de identidad (el cual deberá ser exhibido), domicilio y teléfono de la persona que retira la receta.</li> <li>• De no poder discriminar en ninguno de los tickets todos estos datos solicitados, será necesario el llenado manual del sello con la transcripción de importes al dorso de la receta, adjuntando también la copia del Ticket Fiscal o comprobante de venta.</li> </ul>	
	Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico al dorso de la receta.	
<b>6. ENMIENDAS:</b>		
<b>Recordar:</b>	Las correcciones y enmiendas en la prescripción de la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma. El farmacéutico, de ser necesario, podrá completar o salvar alguno de los siguientes datos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de afiliado, aclaración de Nombre y/o apellido del mismo. La corrección será efectuada al dorso de la receta, sellada y</li> </ul>	

firmada por el responsable de la farmacia. Si el número de afiliado de 16 dígitos no figurase en la receta escrito por el profesional médico, éste podrá ser salvado por el farmacéutico.

- De existir alguna enmienda hecha por el farmacéutico en los importes, ésta estará salvada con la firma del afiliado y su aclaración, al frente y al dorso de la receta.
- Los cambios evidentes en la tinta o letra que detalla los importes a cargo de OSSEG y/o del afiliado, así como la fecha de venta, estarán salvadas convenientemente por el farmacéutico y el afiliado.
- **NO PODRÁ SALVARSE DE NINGUNA MANERA LA MATRÍCULA Y NOMBRE DEL MÉDICO.**

## **7. VALIDACION ON LINE:**

- Todas las recetas de la Entidad deben validarse online a excepción de aquellas que tengan una autorización física (en papel adjunto o en la misma receta) de la Entidad, las cuales se dispensarán en forma manual. (Ver Anexo Modelo de Autorización manual OSSEG).
- La validación de la receta debe realizarse al momento de la dispensa, estando el sistema de validación habilitado las 24 horas, los 365 días del año.
- Recuerde que al validar la receta debe cargar en el sistema de validación los mismos datos que se encuentran en la receta (afiliado, productos, cantidades, matrícula del profesional prescriptor, fechas, etc.) a fin de evitar inconvenientes posteriores debido a la no coincidencia de la validación on line con la receta física.
- Recuerde que toda transacción online aprobada, donde no se hizo efectiva la dispensa de un medicamento, deberá ser cancelada por la farmacia para evitarle inconvenientes al afiliado en su próxima compra.
- Las recetas que por excepción hayan sido dispensadas en forma manual se deberán informar en la Declaración de Dispensa Manual (DDM) provista por el mismo sistema de validación. Estas recetas quedarán sujetas a auditoría posterior una vez que se presenta la receta para su liquidación.
- Recuerde que una receta se considera validada por el sistema de validación cuando, además de haber sido aprobada en línea, la misma se incluya en el cierre de presentación correspondiente. En este cierre de presentación se deberán incluir tanto las recetas validadas y aprobadas en línea como las informadas en la DDM.
- Ante cualquier inconveniente con la validación puede llamar a la Mesa de Ayuda de Imed al 0810-122-7427. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a 20 hs. Sábados de 9 a 13 hs.

## **8. RECETA ELECTRÓNICA**

- El afiliado puede llevar la receta impresa o presentarla en el teléfono.
- Estas recetas cuentan con un Número de Receta Electrónica o ID que las identifica. La misma figura en un código de barras.
- Todas las recetas electrónicas deben validarse a través del sistema de validación on-line sin excepción y es indispensable cargar en el sistema el número de receta correspondiente.
- Si usted cuenta con el servicio de "Consulta de Receta Electrónica" provisto por su software podrá ingresar el número de receta y el sistema le devolverá los productos prescritos para ese afiliado. Si no cuenta con este servicio en su software, puede hacer uso de la "Consulta de Recetas Digitales" en la página web de Farmalink ([www.farmalink.com.ar](http://www.farmalink.com.ar)).
- De no contar con la impresión de la receta, deberá adjuntar los troqueles a la copia del ticket fiscal, comprobante de venta o CAD Imed (comprobante de Autorización de Dispensa) para su envío y liquidación. En el ticket/comprobante deberán figurar:
  - ✓ N° de receta electrónica.
  - ✓ N° de autorización on line.
  - ✓ N° de afiliado
  - ✓ Descripción de los productos dispensados (marca comercial, cantidad de unidades, porcentaje de cobertura a cargo del afiliado y de la entidad, importes unitarios y totales)
  - ✓ Fecha de dispensa
  - ✓ Firma, DNI y aclaración del afiliado o tercero interviniente
  - ✓ Sello y firma del director técnico de la farmacia

Se podrán utilizar comprobantes similares al CAD, siempre y cuando contengan todos los datos arriba mencionados (los datos de N° de receta electrónica y N° de autorización on line deberían figurar con códigos de barras).

- La presentación física de las copias de los tickets/comprobantes con sus respectivos troqueles o de la impresión de la receta digital deberá realizarse en los mismos lotes que las recetas manuscritas y bajo las mismas normas y cronogramas de presentación vigentes. Estas recetas digitales se auditarán al igual que las demás recetas, verificando la coincidencia con los registros electrónicos. Las mismas se rigen con la norma operativa vigente.
- Ante cualquier inconveniente con la validación puede llamar a la Mesa de Ayuda de Imed al 0810-122-7427. El horario de atención es: de lunes a viernes de 8 a 20 hs. Y sábados de 9 a 13 hs.

#### **9. AUTORIZACIONES:**

##### **Importante:**

Por consultas a la presente norma operativa llamar a Farmalink al teléfono (011) 5984-7900 (Opción 1), de lunes a viernes de 09 a 18 hs.  
**IMPORTANTE: el teléfono (011) 4814 – 7900 (Opción 1) dejará de funcionar a partir del 31/10/2022.**  
 Si requiere contactarse con OSSEG, puede llamar a los siguientes teléfonos:  
 Consultas farmacéuticas y topes: (011 4328-6060)  
 Sector Liquidaciones de Farmacia: (011) 4318-7700 INT. 240 - 238.

#### **10. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:**

##### **INCLUSIONES:**

- **Se cubrirán aquellos productos vigentes en Manual Farmacéutico que acepte el sistema de validación online (Imed).**

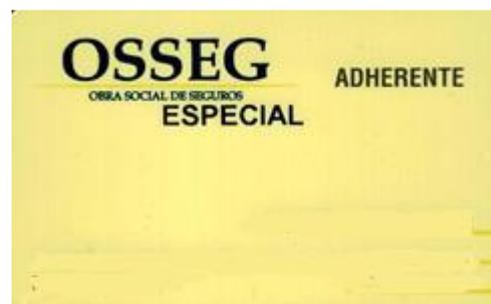
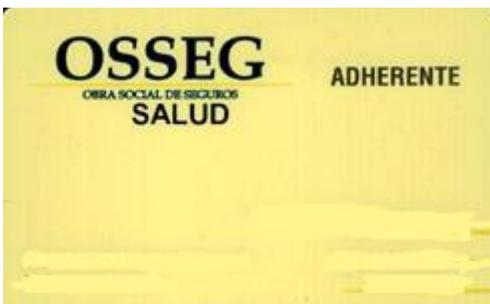
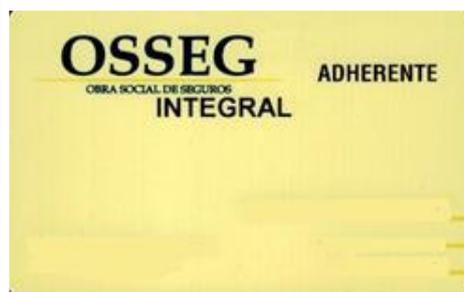
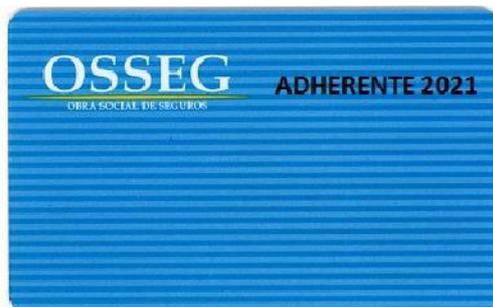
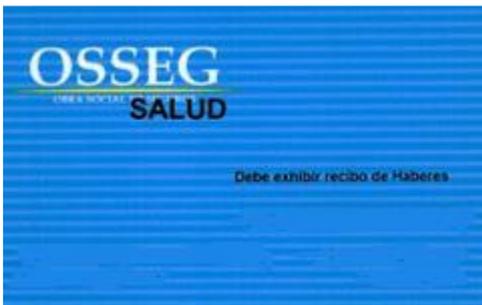
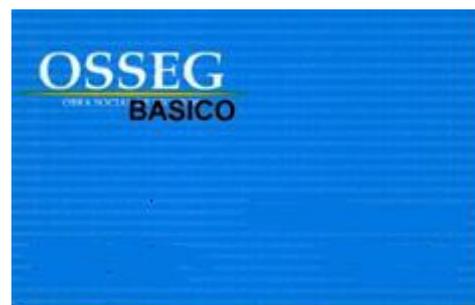
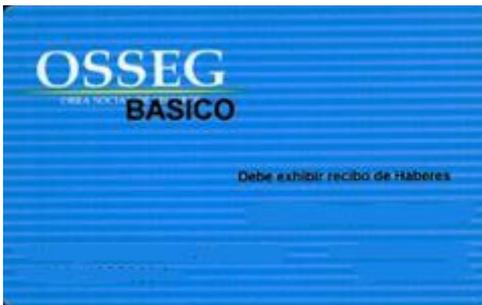
##### **EXCLUSIONES:**

- Sólo se cubrirá medicación excluida en aquellos casos donde el afiliado exhiba una autorización emitida previamente por la entidad (Ver Anexo Modelo de Autorización OSSEG). La receta en el momento de la presentación deberá traer adjunta dicha autorización.

**SIGUE ANEXOS**

# ANEXOS

## Anexo 1 - Modelos de Credenciales Vigentes:



<p><b>OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD DE SEGUROS REASEGURO, CAPITALIZACION Y AHORRO Y PRESTAMO PARA LA VIVIENDA / RNOS 0-0090-1</b></p> <p>SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS DATOS CORRESPONDEN A UN AFILIADO PERTENECIENTE A ESTA OBRA SOCIAL</p> <p><b>NOMBRE:</b> _____</p> <p><b>DOCUMENTO:</b> DNI _____ <b>AFILIADO Nro:</b> _____</p> <p><b>PLAN:</b> BASICO MONOTRIBUTO</p> <p><b>FECHA DE VALIDEZ:</b> DESDE 01/07/21 HASTA 30/09/21</p>	<p>ESTA CERTIFICACION HACE LAS VECES DE CREDENCIAL DEL AFILIADO PARA TODOS SUS EFECTOS, EN LA VIGENCIA PREVIAMENTE DETERMINADA EN ESTE FORMULARIO</p> <p><small>Servicio de Orientación Permanente (011) 4322-8218/9436 (24 horas, todos los días) o 0800-277-4773 OSSeg</small></p> <p>LOS DATOS AQUÍ CONSIGNADOS DEBERÁN SER CORROBORADOS ANTE LA PRESENTACION DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL AFILIADO</p> <p><b>FECHA:</b> 22/09/21 <b>Firma:</b> _____</p> <p>SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD WWW.SSSALUD.GOV.AR 0800-222-SALUD(72583)</p>
--	---

<p><b>OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD DE SEGUROS REASEGURO, CAPITALIZACION Y AHORRO Y PRESTAMO PARA LA VIVIENDA / RNOS 0-0090-1</b></p> <p>SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS DATOS CORRESPONDEN A UN AFILIADO PERTENECIENTE A ESTA OBRA SOCIAL</p> <p><b>NOMBRE:</b> _____</p> <p><b>DOCUMENTO:</b> DNI _____ <b>AFILIADO Nro:</b> _____</p> <p><b>PLAN:</b> BASICO 21 MONOTRIBUTO</p> <p><b>FECHA DE VALIDEZ:</b> DESDE 01/07/21 HASTA 30/09/21</p>	<p>ESTA CERTIFICACION HACE LAS VECES DE CREDENCIAL DEL AFILIADO PARA TODOS SUS EFECTOS, EN LA VIGENCIA PREVIAMENTE DETERMINADA EN ESTE FORMULARIO</p> <p><small>Servicio de Orientación Permanente (011) 4322-8218/9436 (24 horas, todos los días) o 0800-277-4773 OSSeg</small></p> <p>LOS DATOS AQUÍ CONSIGNADOS DEBERÁN SER CORROBORADOS ANTE LA PRESENTACION DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL AFILIADO</p> <p><b>FECHA:</b> 22/09/21 <b>Firma:</b> _____</p> <p>SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD WWW.SSSALUD.GOV.AR 0800-222-SALUD(72583)</p>
---	---

<p><b>OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD DE SEGUROS REASEGURO, CAPITALIZACION Y AHORRO Y PRESTAMO PARA LA VIVIENDA / RNOS 0-0090-1</b></p> <p>SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS DATOS CORRESPONDEN A UN AFILIADO PERTENECIENTE A ESTA OBRA SOCIAL</p> <p><b>NOMBRE:</b> _____</p> <p><b>DOCUMENTO:</b> _____ <b>AFILIADO Nro:</b> _____</p> <p><b>PLAN:</b> BASICO PERU. DOMEST.</p> <p><b>FECHA DE VALIDEZ:</b> DESDE 01/07/21 HASTA 30/09/21</p>	<p>ESTA CERTIFICACION HACE LAS VECES DE CREDENCIAL DEL AFILIADO PARA TODOS SUS EFECTOS, EN LA VIGENCIA PREVIAMENTE DETERMINADA EN ESTE FORMULARIO</p> <p><small>Servicio de Orientación Permanente (011) 4322-8218/9436 (24 horas, todos los días) o 0800-277-4773 OSSeg</small></p> <p>LOS DATOS AQUÍ CONSIGNADOS DEBERÁN SER CORROBORADOS ANTE LA PRESENTACION DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL AFILIADO</p> <p><b>FECHA:</b> 22/09/21 <b>Firma:</b> _____</p> <p>SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD WWW.SSSALUD.GOV.AR 0800-222-SALUD(72583)</p>
--	---

<p><b>OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD DE SEGUROS REASEGURO, CAPITALIZACION Y AHORRO Y PRESTAMO PARA LA VIVIENDA / RNOS 0-0090-1</b></p> <p>SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS DATOS CORRESPONDEN A UN AFILIADO PERTENECIENTE A ESTA OBRA SOCIAL</p> <p><b>NOMBRE:</b> _____</p> <p><b>DOCUMENTO:</b> DNI _____ <b>AFILIADO Nro:</b> _____</p> <p><b>PLAN:</b> P. BASICO 2023</p> <p><b>FECHA DE VALIDEZ:</b> DESDE 01/07/21 HASTA 30/09/21</p>	<p>ESTA CERTIFICACION HACE LAS VECES DE CREDENCIAL DEL AFILIADO PARA TODOS SUS EFECTOS, EN LA VIGENCIA PREVIAMENTE DETERMINADA EN ESTE FORMULARIO</p> <p><small>Servicio de Orientación Permanente (011) 4322-8218/9436 (24 horas, todos los días) o 0800-277-4773 OSSeg</small></p> <p>LOS DATOS AQUÍ CONSIGNADOS DEBERÁN SER CORROBORADOS ANTE LA PRESENTACION DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL AFILIADO</p> <p><b>FECHA:</b> 22/09/21 <b>Firma:</b> _____</p> <p>SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD WWW.SSSALUD.GOV.AR 0800-222-SALUD(72583)</p>
--	---

<p><b>OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD DE SEGUROS REASEGURO, CAPITALIZACION Y AHORRO Y PRESTAMO PARA LA VIVIENDA / RNOS 0-0090-1</b></p> <p>SE DEJA CONSTANCIA QUE LOS DATOS CORRESPONDEN A UN AFILIADO PERTENECIENTE A ESTA OBRA SOCIAL</p> <p><b>NOMBRE:</b> _____</p> <p><b>DOCUMENTO:</b> DNI _____ <b>AFILIADO Nro:</b> _____</p> <p><b>PLAN:</b> BASICO 21 P. DOMEST.</p> <p><b>FECHA DE VALIDEZ:</b> DESDE 21/07/21 HASTA 30/09/21</p>	<p>ESTA CERTIFICACION HACE LAS VECES DE CREDENCIAL DEL AFILIADO PARA TODOS SUS EFECTOS, EN LA VIGENCIA PREVIAMENTE DETERMINADA EN ESTE FORMULARIO</p> <p><small>Servicio de Orientación Permanente (011) 4322-8218/9436 (24 horas, todos los días) o 0800-277-4773 OSSeg</small></p> <p>LOS DATOS AQUÍ CONSIGNADOS DEBERÁN SER CORROBORADOS ANTE LA PRESENTACION DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL AFILIADO</p> <p><b>FECHA:</b> 22/09/21 <b>Firma:</b> _____</p> <p>SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD WWW.SSSALUD.GOV.AR 0800-222-SALUD(72583)</p>
--	---

## Anexo 2: Coberturas Especiales

### **PLAN MATERNO INFANTIL**

Todas las recetas deben validarse on line y el sistema devolverá el porcentaje de cobertura correspondiente.

Deberá figurar la sigla PMI en los datos del afiliado, indicando edad y sexo.

**PLAN MATERNO:** se cubrirán los medicamentos inherentes al estado del embarazo, parto y puerperio y aquellos no contraindicados durante la gestación (hasta vencimiento del PMI).

**PLAN INFANTIL:** se cubrirán los medicamentos para el niño hasta el año de vida.

Las recetas indicadas a niños menores de 30 días podrán estar con el nombre y número de afiliado de la madre.

Leches Medicamentosas: no más de 4 KG por mes, hasta los 3 meses de edad con cobertura del 100%. Las recetas se deberán validar on line.

### **MEDICACIÓN CON AUTORIZACIÓN PREVIA DE OSSEG**

Incluye tratamientos varios que se otorgan con mayor cobertura a grupos establecidos de beneficiarios. Coexisten 2 tipos de autorización y ambas son válidas:

A. Autorización manual por parte de OSSEG.

B. Autorizaciones en línea precargadas en el sistema de validación.

#### **A.- Autorización manual por parte de OSSEG**

El afiliado/a presentará la/s receta/s correspondientes y una autorización emitida por OSSEG enviada al afiliado vía correo electrónico institucional o en la modalidad impresa con logo de OSSEG. Estas autorizaciones se emiten desde Casa Central y Delegaciones de todo el país.

**Importante:** Las recetas con una autorización manual de OSSEG no se validan on line. Se dispensarán en forma manual y deberán estar incluidas en la DDM (Declaración de Dispensa Manual) para su presentación y liquidación en Farmalink. Deberá adjuntarse tanto la receta como la autorización y todos aquellos requisitos inherentes como troqueles, tickets, etc.

#### **Ver Anexo 3: Modelo de autorización de OSSEG**

#### **B.- Autorizaciones en línea precargadas en el sistema de validación:**

Son aquellas autorizaciones especiales que ya se encuentran registradas en el sistema de validación.

El afiliado/a sólo presentará la receta que contenga hasta 3 renglones (RP)

No es necesario que adjunte ninguna otra nota adicional emitida por OSSEG.

**Importante:** la receta se deberá validar on line y el sistema devolverá el descuento y cantidades autorizadas que correspondan según cada caso.

### **Anexo 3: Modelo de Autorización emitida por OSSEG**

#### **Modelo de Autorización vía correo electrónico (siempre proviene de un mail institucional de osseg) :**

**At. Prestador farmacéutico/a:**

Por la presente se autoriza la provisión de la siguiente medicación:

- Nombre y apellido:
- Número de AFILIADO
- Droga, concentración, presentación y cantidad:
- Porcentaje de cobertura a cargo de OSSEG:
- Autorización válida hasta:

**Número de control interno de autorización de OSSEG:**

**NOTA:** adjuntar el presente a la facturación y presentarlo como Declaración de dispensa manual.

Nombre de la persona autorizante  
Nombre de la Delegación de la Obra social

#### **Modelo de Autorización impresa:**



**At. Prestador farmacéutico/a:**

Por la presente se autoriza la provisión de la siguiente medicación:

- Nombre y apellido:
- Número de AFILIADO
- Droga, concentración, presentación y cantidad :
- Porcentaje de cobertura a cargo de OSSEG: XXX %
- Autorización válida hasta:

**Número de control interno de autorización de OSSEG**

**NOTA:** adjuntar el presente a la facturación y presentarlo como Declaración de dispensa manual.

**CONSIGNAR:**

**NOMBRE DE LA DELEGACIÓN:** \_\_\_\_\_

**PERSONA QUE AUTORIZA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_