

**FEFARA**  
**5405 – OSDEPYM**

**OBRA SOCIAL DE EMPRESARIOS, PROFESIONALES  
Y MONOTRIBUTISTAS**

Fecha de vigencia: 23/12/25

NRO.: 22

**DATOS GENERALES**

- **AUTORIZACION ON LINE**

- .Todos los planes.
- .Se debe ingresar el N° de Afiliado que figura en la credencial CUIL + la denominación familiar.
- .Ej: CUIL: 24 56521900 3/00                      Sistema on line: 2456521900300

**TICKET DE VENTA**

- **TICKET DE VENTA**

- .Se debe adjuntar copia del ticket fiscal de venta o minireceta a c/receta.

**RECETARIO**

- **TIPO**

- .Oficial, con membrete OSDEPYM o Particular sin propaganda médica.
- .Patologías Crónicas: receta particular u oficial.
- .Plan Materno Infantil: La receta debe contar con la frase "PLAN MATERNO INFANTIL" impresa o con sello
- .ANTICONCEPTIVOS: NUEVOS RECETARIOS APTO para la entrega de anticonceptivos
- .Orales y su validación como Autorización Especial al 100%. Las órdenes que se emitan a través del sistema APTO que contengan la leyenda PROGRAMA ACO INICIAL o PROGRAMA ACO CRONICO NO REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA.

- **VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION**

- .30 días.
- .Recetarios PATOLOGIAS CRONICAS - TRATAMIENTOS PROLONGADOS - AUTORIZACIONES ESPECIALES: 10 días desde la fecha de autorización.

**BENEFICIARIO**

- **DATOS DEL AFILIADO**

- .Todos los que la receta exija.

- **ACREDITACION**

- .Credencial oficial
- .PMI: comprobante de empadronamiento - Resolución Gratuidad
- .Documento de Identidad: del beneficiario o comprador

**COBERTURAS**

- **PLANES DE ATENCION**

- |                               |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| .01 AMBULATORIO 40            | D/VAD 40% Según OnLine  |
| .02 AMBULATORIO 50            | D/VAD 50% Según OnLine  |
| .03 PATOLOGIAS CRONICAS       | Cobertura Según OnLine  |
| .04 PLAN MATERNO INFANTIL     | D/VAD 100% Según OnLine |
| .05 AUTORIZACIONES ESPECIALES | Según Aut.Previa        |

**NORMAS DE ATENCION**

**FEFARA**  
**5405 - OSDEPYM**  
**OBRA SOCIAL DE EMPRESARIOS, PROFESIONALES**  
**Y MONOTRIBUTISTAS**

Fecha de vigencia: 23/12/25

NRO.: 22

• **CANTIDADES RECONOCIDAS**

- .Hasta 2 productos distintos por receta.
- .Hasta 2 envases chicos por renglón.
- .Hasta 1 envase grande por renglón.
- .Hasta 5 antibióticos Iny. Monodosis.
- .Hasta 1 antibiótico Iny. Mulditosis

• **TROQUELADO**

- .Si requiere troquel con código de barras.

• **VADEMECUM**

- .Vademécum OSDEPYM.

• **PROHIBICIONES**

- .Tratamiento para el Sida.
- .Antihemofilicos.
- .Tratamiento Esclerosis múltiple, Fibrosis quística, Artritis reumatoidea,
- .Fabry, Pompe,
- .Oncológicos,
- .Tratamiento Hepatitis B y C,
- .Hormona de crecimiento,
- .Inmunomoduladores,
- .Infectología de alto costo,
- .Alimentos
- .Tratamiento fertilidad,
- .Venta libre.
- .Fórmulas Magistrales, excepto con autorización de auditoría médica.
- .Anticonceptivos: excepto con autorización de auditoría médica.

• **DIAGNOSTICO**

- .Si requiere.

**OBSERVACIONES**

• **MODALIDAD DE FACTURACION**

- .PLAN MATERNO INFANTIL: 100% de descuento para la Madre, desde el momento de la detección del embarazo hasta 30 días posteriores al parto y para el Recién Nacido hasta el año de vida.
- .Leches: Deben contar con autorización previa de OSDEPYM, se expendirá la cantidad y el tipo autorizado.
- .AUTORIZACIONES ESPECIALES: Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos (por ejemplo, beneficiarios fuera de padrón, productos no cubiertos, productos dentro de cobertura autorizados con un porcentaje mayor, etc.) cuando se hallen autorizadas previamente, deberá estar indicado expresamente el porcentaje autorizado.
- .En el caso del interior del país, son válidas las autorizaciones que indiquen "Auditoría Médica OSDEPYM" por más que el autorizante no figure en la lista.
- .Cuando el PVP del medicamento oscile entre \$200.001 y \$250.000 deberá estar Autorizado por la obra social, mediante firma y sello de alguno de los sgtes. autorizantes.

# FEFARA

## 5405 - OSDEPYM

### OBRA SOCIAL DE EMPRESARIOS, PROFESIONALES Y MONOTRIBUTISTAS

Fecha de vigencia: 23/12/25

NRO.: 22

Listado actualizado de autorizantes (Centro de Beneficiarios)			
AGUIRRE MABEL	DR. TRIANTAFILO HARRY	JUSTO MYRIAM	RUIZ LEANDRO
ALABARCEZ MELISA	DUARTE ANALIZ	LOPEZ BLASCO SOL	SARACENO MARINA
ANTONUCCI TOMAS	FERRARO DEBORA	MANSILLA VANESA	RUPPEL NICOLAS
ARANDA SILVINA	FIGUEROA SILVINA	OLIVA DIEGO	SCHUNK ALEJANDRA
AVILES NICOLAS	GARCIA GERMAN	OLIVERA MAXIMILIANO	SOLIS DANIELA
BARBERI ORNELLA	GHISIO MARIANA	PATANE SHARON	SOLIS SOLANGE
BASILE NATALIA	GIACOBONE LUZ	PARRA MOISES	YOPOLO YANINA
BUSTAMANTE LUCIO	GONZALEZ MARIANA	PLASENCIA PAMELA	ZALDUENDO PABLO
CAMPOS JULIA	GOMEZ CECILIA	RAMIREZ MARIA FLORENCIA	
CORDOVA CINTHIA	GONZALEZ PATRICIA	REINOSO NAHUEL	
CHISCA CAROLINA	JAUREGUI FRANCO	ROJAS SEBASTIAN	
DR. NUÑEZ JUAN PABLO	JACOMELLI MARTIN	ROSSI GISELA	

.Cuando el PVP del medicamento supere los \$250.001, deberá contar con  
.Autorización de la Obra Social emitida por alguno de los siguientes  
.autorizantes.

Myriam Justo	Sebastián Rojas
Natalia Basile	Sol López Blasco
Ornella Barberi	Jacomelli Martin
Pablo Zalduendo	

.En los casos que el afiliado se presente con un formulario de autorización  
.emitido por OSDEPYM la Farmacias al momento de validar el mismo deberá  
.ingresar como número de receta el código de autorización que figura en el  
.formulario



**Autorizaciones**  
**N° 1621340**

**EMPACONMINUTARIAS  
REQUIERE VALIDACIÓN ONLINE**

Autorización N° 1621340		Fecha Autorizado: 07/12/2021	Fecha Recibido: 07/12/2021	Recibido Por: mgarcia
Estado: A - Abierta		Epsodio:		
<b>DATOS AFILIADO</b> Cod. Titular:      Apellido y Nombre:      DU:      01 OSDEPYM Edad: 63,9      Condición: O      Plan: P800      Grupo: PYME      Modo Ingreso:      Sector:				
<b>DATOS DEL MEDICO PRESCRIPTOR</b> MONICA GARDEÑES Matricula Duración tratamiento: 120 días		<b>DATOS PRESTADOR</b> Age. y Nombre: Prestador de cartilla, Prestador de cartilla		
Código:	Detalle	Dosis Diaria	Desc.Autoriz.	Estado      Fecha Serv.      Válido Hasta

#### • RECORDATORIO

.Recuerde validar siempre antes de la dispensa, cobertura y productos  
.cubiertos según validación OnLine.

**FEFARA**  
**5405 - OSDEPYM**  
**OBRA SOCIAL DE EMPRESARIOS, PROFESIONALES**  
**Y MONOTRIBUTISTAS**

Fecha de vigencia: 23/12/25

NRO.: 22

MODELO RECETARIO ANTICONCEPTIVO

	<p>Dr. Jimena Fontana MEDICINA GENERAL y/o MEDICINA DE FAMILIA 1</p>	
<p>Apellido y Nombre: Nieva Lola Obra Social: OSDEPYM - Afiliado Nro: 2728070025303 - Plan: PERSONAL DNI: 46579708</p>		
<p>• DROSPIRENONA 3mg + ETINILESTRADIOL 0.03mg, COMPREC.X 28 Cantidad: 3 (tres) unidades Ref: ISIS</p>		
<p>Diagnóstico Presuntivo: ACO CRONICA Observaciones/Indicaciones: ACO INICIAL</p>		
Urgencia	<input type="checkbox"/>	Firma: 
Domicilio	<input type="checkbox"/>	
Tratamiento Prolongado	<input type="checkbox"/>	
Certificación Apto - Firma electrónica	Fecha de Emisión: 07/03/2023 Emergencia COVID-19	Nro identificador de prescripción 167528 

.Cobertura 100%, no necesitan firma autorizante o ningún trámite administrativo previo al retiro por parte de los afiliados, la presentación de la sola receta es válida.  
.Deberán validarse con el plan AUTORIZACIONES ESECIALES.  
.Estos recetarios son válidos que contengan la firma y el sello del médico en formato digital.