O.S. Federación de la Carne

Norma de Atención N°5828:
Vigencia: ***20/01/2026***

PLANES ESPECIALES

	A CARGO ENTIDAD	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE	VALIDACION ONLINE
CRONICIDAD **(*)**	40% - 70%	60% - 30%	VADEMECUM CRONICO	**SI**
HIPOGLUCEMIANTES ORALES **(*)**	70%	30%	VADEMECUM CRONICO	**SI**
DISCAPACIDAD **(*1)**	100%	-----	MANUAL FARMACEUTICO	**SI (*)**
PLAN MATERNO INFANTIL **(*) (*2)**	100%	-----	VADEMECUM P.M.I.	**SI**

CREDENCIAL
Definitiva: SI
Provisoria: SI

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

TIPO DE RECETARIO (*3) ver Esteban Echeverría
Oficial: SI
Particular: SI

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos

PSICOFARMACOS
Duplicado: SI
Fotocopias: NO

ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nº MATR.
Con sello: SI Manuscrito: NO

ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES
(cuando supere la unidad)
Letras: SI Números: SI

LIMITACIONES CANTIDAD
Hasta dos (2) especialidades por receta y hasta una (1) unidad por especialidad.

Excepciones:
- **Antibióticos inyectables monodosis**: Hasta cinco (5) unidades.
- Con la leyenda **"TRATAMIENTO PROLONGADO"**: Hasta dos (2) unidades por especialidad.

LIMITACIONES TAMAÑO
Si indica: Lo requerido.
Si no indica: El menor.
Si indica "GRANDE": El inmediato siguiente al menor.
Si erra: El inmediato inferior al indicado.

ESPECIALIDADES EXCLUIDAS
- PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO FIGUREN EN VADEMÉCUM.

ENMIENDAS SALVADAS:
Por el médico: SI (errores de prescripción)
Por el afiliado: SI (errores de expendio)

PRESENTACION (*4)

FACTURACION Y REFACTURACION: Ver normas generales de atención y presentación.

Toda receta y/o prescripción médica u odontológica 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.

O.S. Federación de la Carne

Norma de Atención N°5828:
Vigencia: ***20/01/2026***

PLANES ESPECIALES

(*) COBERTURA

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.

FORMATO DE CREDENCIAL PARA VALIDACION: 0000000X/0X

IMPORTANTE: PARA EL PLAN "DISCAPACIDAD" LA VALIDACION NO IMPLICA ACEPTACION. SE DEBE VERIFICAR LA AUTORIZACION EMITIDA POR LA OBRA SOCIAL. DICHO PLAN EXCLUYE LAS LIMITACIONES DE RP POR RECETA Y UNIDADES DE CADA UNO.

*(*1) DISCAPACIDAD*

Las recetas se deberán encontrar AUTORIZADAS por la Obra Social con la leyenda "DISCAPACIDAD 100%" o similar.
Los únicos autorizantes para esta cobertura son el **DR. MANUEL BALDERMAN y la DR. TEITELBAUM BENJAMIN JOSE** mediante firma y sello.

El paciente deberá presentar indistintamente receta o planilla recetario de medicamentos para personas con discapacidad.

La fecha de la autorización convalida automáticamente la de la receta.

*(*2) PLAN MATERNO INFANTIL*

COBERTURA:
PARA LA MADRE: Durante el embarazo y hasta un mes después del parto.
PARA EL NIÑO: Hasta el 1er. (primer) año de vida.

*(*3) TIPO DE RECETARIO*

TODAS LAS ZONAS GEOGRAFICAS- EXCEPTO EL PARTIDO DE ESTEBAN ECHEVERRIA-BS. AS.

RECETARIO PARTICULAR
Las recetas particulares son válidas únicamente en las coberturas de **HIPOGLUCEMIANTES ORALES** y de **DISCAPACIDAD**.

PLAN MATERNO INFANTIL
Son válidos los siguientes recetarios:
- Oficial exclusivo de PLAN MATERNO INFANTIL (ver modelo).
- Oficial para todos los planes. Verificar que se encuentre señalado el casillero "PLAN M.I." indicando que corresponde el 100% de descuento (ver modelo).

EXCLUSIVAMENTE PARA PARTIDO DE ESTEBAN ECHEVERRIA – BS. AS.
RECETARIO ELECTRONICO: Únicamente.

*(*4) PRESENTACION*

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

- 40% - CRONICIDAD
- 70% - CRONICIDAD
- 70% - HIPOGLUCEMIANTES ORALES
- 100% - DISCAPACIDAD
- 100% - PLAN MATERNO INFANTIL

MUY IMPORTANTE:
TODO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS GENERALES DE ATENCION Y PRESENTACION ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.

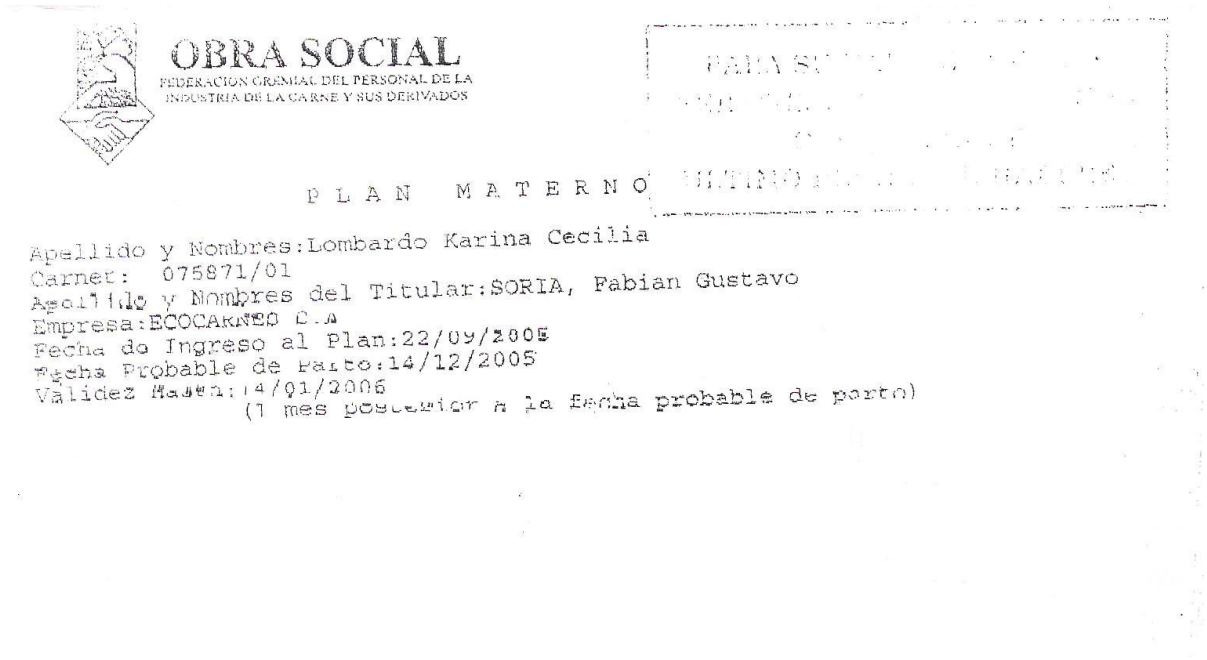
MODELOS DE CREDENCIAL





MODELOS DE CREDENCIAL PMI 100%

PLAN MATERNO

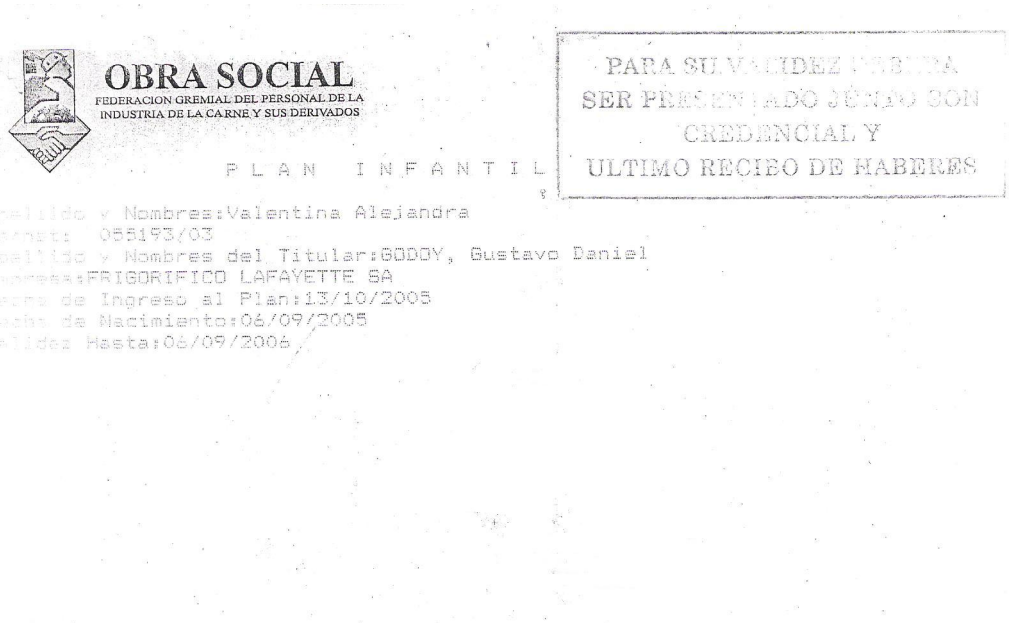


OBRA SOCIAL
FEDERACION GREMIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS

PLAN MATERNO

Apellido y Nombres:Lombardo Karina Cecilia
Carnet: 075871/01
Apellido y Nombres del Titular:SORIA, Pabian Gustavo
Empresa:ECOCARNES S.A
Fecha de Ingreso al Plan:22/09/2005
Fecha Probable de Parto:14/12/2005
Validez Hasta:14/01/2006
(1 mes posterior a la fecha probable de parto)

PLAN INFANTIL



OBRA SOCIAL
FEDERACION GREMIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS

PLAN INFANTIL

PARA SU VALIDEZ DEBERA SER PRESENTADO JUNTO CON CREDENCIAL Y ULTIMO RECIBO DE HABERES

Apellido y Nombres:Valentina Alejandra
Carnet: 055193/03
Apellido y Nombres del Titular:GODOY, Gustavo Daniel
Empresa:FRIGORIFICO LAFAYETTE SA
Fecha de Ingreso al Plan:13/10/2005
Fecha de Nacimiento:06/09/2005
Validez Hasta:06/09/2006

MODELO DE CREDENCIAL PROVISORIA

Obra Social de la Federación Gremial de la Carne
Certificado de afiliación provisorio

Empresa
Fecha de ingreso del titular
Nº de CUIL del titular
Afiliado titular Nº

Apellido y nombres	Condición	Tipo Doc.	Nº Documento
DEVITTO, Silvina Andrea	**Titular**	**Dni**	**20.425.004**
STRAGA CAROLINA	HIJA/O	Dni	39.064.543
STRAGA ARIANA	HIJA/O	Dni	42.375.392
STRAGA CLAUDIO	ESPOSA/O	Dni	18.374.125

Este certificado no podrá exceder los 30 días a partir de la fecha de otorgamiento.
Lugar: Buenos Aires Fecha: 13/12/2007

NOTA	VENCIMIENTO	FIRMA Y ACLARACION
Este certificado tendrá validez con la presentación del último recibo de haberes, sellado y firmado por el Empleador y Documento de identidad.	Día 13 Mes 1 Año 2008	

MODELO DE RECETARIO

(color rojo)

OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION GREMIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS RNP 1-2600-7
AFILIADO TITULAR

MOTIVO O DIAGNÓSTICO:

RECETA Nº 081360
INTERNADO
AMBULATORIO

FECHA DE EMISION | NUMERO DE BENEFICIARIO | EDAD | SEXO | PLAN M.I. SI NO | FECHA VENTA | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA FARMACIA

APELLIDO Y NOMBRE | CANT. RECETAD. LETRAS NUM.

Rp.
Rp.

SELLO Y FIRMA FARMACEUTICO
FIRMA CONFORME BENEFICIARIO
(ACLARACION Y TIPO DE DOCUMENTO ID.)

CANT. ENT. | PRECIO UNITARIO | IMPORTE | % OBRA SOCIAL

40%
70%
100%

AUTORIZACIÓN: FIRMA Y SELLO DEL MEDICO AUDITOR

FIRMA PROFESIONAL
SELLO ACLARACION FIRMA Y MATRICULA

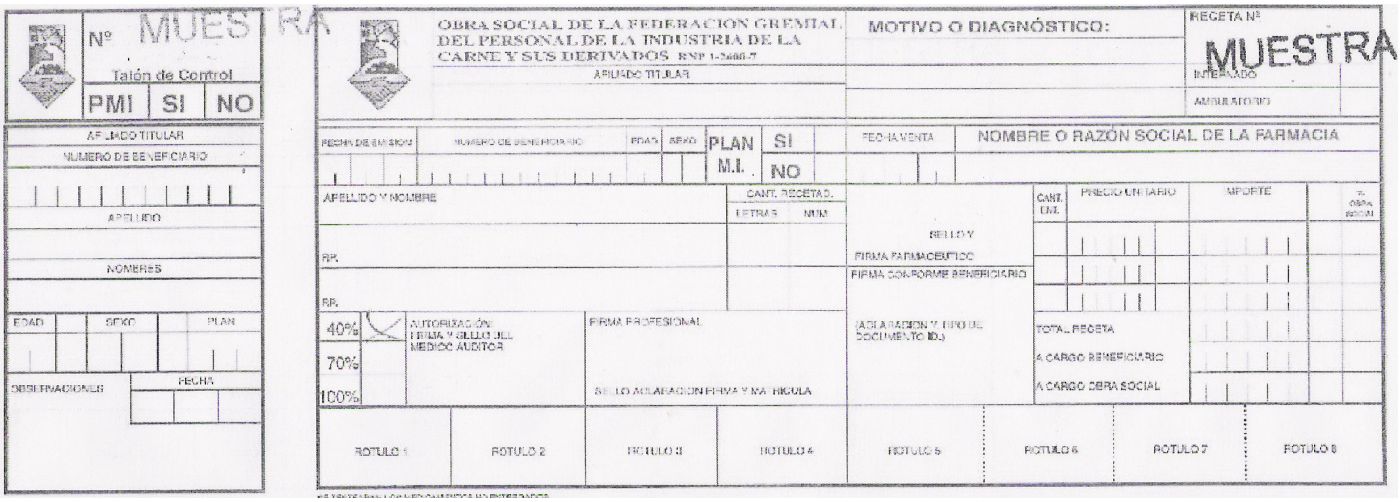
TOTAL RECETA
A CARGO BENEFICIARIO
A CARGO OBRA SOCIAL

ROTULO 1 | ROTULO 2 | ROTULO 3 | ROTULO 4 | ROTULO 5 | ROTULO 6 | ROTULO 7 | ROTULO 8

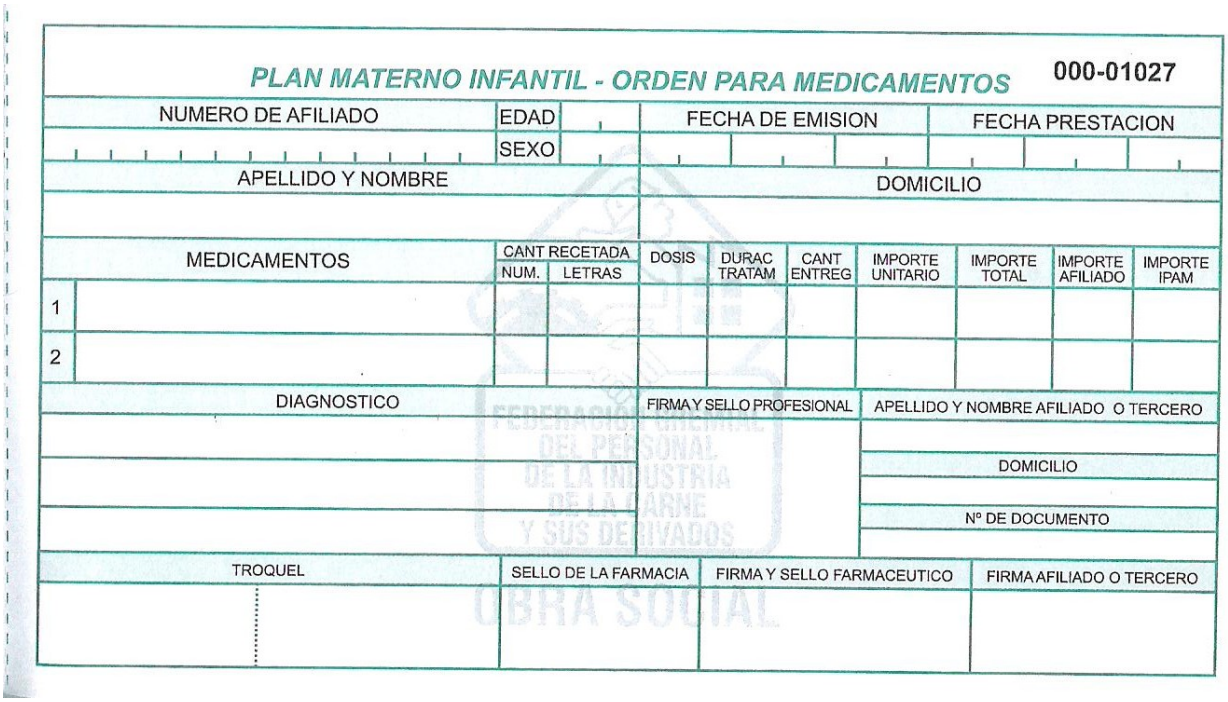
SE TRATARAN LOS MEDICAMENTOS NO ENTREGADOS

MODELO DE RECETARIO

(color negro)



MODELO DE RECETARIO PLAN MATERNO INFANTIL



MODELO DE RECETARIO
Exclusivo de la Delegación Tucumán

OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION GREMIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS - RNP 1-2600-7		MOTIVO O DIAGNOSTICO		RECETA N° 5 Tipo: AMBULATORIO					
Titular N°	Fecha 06/02/2017	PMI: NO		Nombre o Razón Social de la Farmacia					
Beneficiario		Edad: 0 Sexo:		Fecha	Cnt.	Precio Un.		Importe	%OS
		Cnt.Letra	Cnt.Num.						
Rp.				Firma Farmacéutico					
Rp.									
Observación				Conf.Benefic. Aclaración y Doc.	Total Receta				
40%	Autoriz. Médico Auditor	Profesional			a Cargo Beneficiario				
70%									
100%	Firma y Sello	Sello Aclaración Firma y Matrícula			a Cargo Obra Social				

Se testearán los medicamentos no entregados