



COLEGIO DE  
FARMACÉUTICOS  
DE LA PLATA LEY 6682

OBRA SOCIAL  
**O. S. S. I. M. R. A.**

DESCUENTO:	O. SOCIAL	AFILIADO
Plan Ambulatorio	40%	resto
P.M.I.(2)	100 %	---

**TIPO DE RECETARIO:**

Oficial: NO

Particular: SI, Fed.Med.Bs.As., Agrem.Med.Local,  
Form.Hosp.Pub.

**VALIDEZ DE LA RECETA:** 15 días entre la fecha de  
prescripción y la dispensa

**TROQUELADO:** SI (Completo con N° y Cód. barra)

**FECHA DE EXPENDIO:** SI

**ACLARACIÓN FIRMA MÉDICO Y N° MATRÍCULA**

Sello: SI      Manuscrito: NO ( Sólo si es ilegible el sello)

**ACLARACIÓN DE CANTIDADES DE UNIDADES**

Letras: SI      Números : SI

**ENMIENDAS SALVADAS:**

Por el Médico: SI ( con firma y sello)

Por el afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI

**DEL RESUMEN:**

Planilla: Carátula única

Cantidad: Una

Presentación: Según cronograma

Presentar **todos los planes juntos**

**COBERTURA DEL SERVICIO:**

La Plata

**DE LA PRESCRIPCIÓN:**

**Productos por receta:** 3 (tres) de distinto principio  
activo.

**Medicamentos por renglón:** 1 ( uno)

Antibióticos Inyectables:

Env. Individual: 5 (cinco) - Multidosis: 1 (uno)

**Tamaños por receta:** solo 1 ( uno) podrá ser del 2do. o  
3er. tamaño. Si no indica tamaño se deberá dispensar el  
menor. Para el 3er. Tamaño cuando el médico lo indique con  
números y letras, la cantidad de dosis correspondiente a ese  
tamaño.

**Reconocimientos de Medicamentos:**

reconoce únicamente aquellos medicamentos  
incluidos en el F.T. De IOMA con el 40% de  
descuento.

**(2) P.M.I:** Para la dispensa de los medicamentos  
prescritos en el P.M.I, es necesario la **autorización** previa  
de la O. Social. Y no se registrará su expendio por el F.T.

**Credenciales:** las iniciadas en 000 (afiliados genuinos),  
las iniciadas en 8900 (afiliados por opción),  
las iniciadas en 8666 (afiliados adherentes)