Normas de atención

COMEDICA

OSPACA

Obra social del personal del
AUTOMOVIL CLUB ARGENTINO

FACAF

FEDERACIÓN ARGENTINA
DE CÁMARAS DE FARMACIAS

facaf.org.ar | Av. Madero 942, P. 12 | CABA 11 5912-4316

DESCUENTO A CARGO DE COMEDICA - OSPACA	
PMO	40% exclusivamente con autorización previa.
CRÓNICOS	70% exclusivamente con autorización previa. Para los afiliados no empadrenados en este plan se autorizará el expendio al 40%.
PMI	100% exclusivamente con autorización previa.
AUTORIZACIONES ESPECIALES	Para todos los medicamentos incluidos en el Manual Farmacéutico, según porcentaje indicado en la autorización.

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

- Credencial digital / provisoria
- Documento de Identidad
- Autorización

RECETARIO	
TIPO	CONVENCIONAL / DIGITAL
VALIDEZ	30 (TREINTA) días corridos contando la fecha de prescripción.

Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:

- Apellido y Nombre del paciente.
- Nombre de la entidad.
- Número de asociado.
- Medicamentos recetados, por su denominación genérica o nombre comercial y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expenderá solamente uno).
- Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.
- Fecha de Prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.
- Diagnóstico (su ausencia es motivo de débito).

LÍMITES DE CANTIDADES Y TAMAÑOS

Segun lo indicado en la autotización.

OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el medico NO indica tamaño, debe etregarse el de menor contenido.
- Cuando el medico solo indica GRANDE, debe entregarse el tamaño siguiente al menor.
- Cuando el medico equivoca cantidad, debe entregarse el tamaño inmediato inferior.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA



- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
  1. De acuerdo al orden de prescripción.
  2. Incluyendo el código de barras.
- Número de orden de la receta.
- Fecha de Venta.
- Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos), las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario.
- Porcentaje a cargo del afiliado.
- Porcentaje a cargo de COMEDICA S.A
- Adjuntar comprobante de autorización.
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
- Para la presentación de las recetas la farmacia cuenta con 60 días corridos contados desde la fecha de expendio. Pasado dicho plazo serán indefectiblemente debitadas.

Adjuntar copia del ticket de venta / comprobante fiscal homologado / voucher de validación.

PSICOFÁRMACOS

El profesional debe confeccionar además un segundo recetario según normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia. No se aceptan fotocopias.

MEDICAMENTOS FALTANTES

Si por cualquier motivo en la farmacia falta el o los productos recetados, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 Hs. de haber sido requeridos por el beneficiario, quien debe conocer tal condición para adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo.

MODELO DE CREDENCIAL



PRODUCTOS CUBIERTOS

Se reconocen todos los productos autorizados por **COMEDICA**.
Dicha autorización se debe adjuntar indefectiblemente a la receta, caso contrario la misma será debitada.

AUTORIZACIONES

Toda receta debe estar previamente autorizada por OSPACA- COMEDICA.
Dicha autorización debe adjuntarse a la receta.
Aquellas recetas que no lleven adjunta la autorización seran indefectiblemente debitadas.

MODELO DE AUTORIZACIÓN



OSPACA
Obra Social del Personal del
AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO

OSPACA-COMEDICA

Gestionado por Comedica

Autorización N° 36749

Fecha Autorizacion : 07/10/2026
Fecha Orden: 08/09/2026
Fecha: 23/09/2026

O.S. DEL PERSONAL DEL AUTOMOVIL CLUB ARG

N° de Afiliado : 99999999 Plan : OSPACA
Apellido y Nombre : AFILIADO TEST OSPACA
DU 20202020 SARMIENTO xxxxx xxxxx
25 Años CABA

Prestador : Lab. xxxxxxxxxx
A realizarse en: Lab. xxxxxxxxxxxxxxx
Av Independencia xxxxxxxxx tel xxxxxxxx-xxxxxxxx
lxxxxxxx@gmail.com
Derivante :

Diagnostico : ACV

Codigo	Prestacion	Cantidad	COBERTURA %
4649592	7795345011738 LOSACOR 100 mg comp.rec.x 30 losartan	1	40 %

Autorización Valida para Facturación.

Observaciones

AUTORIZACION VALIDA POR 60 DIAS