



**DESCUENTOS DEL 70%
EN MEDICAMENTOS
PARA PACIENTES CRÓNICOS
Res. 310/2004
Superintendencia de Servicios de Salud**

**NOVIEMBRE
2025**



INSTRUCTIVO PARA OBTENER 70% DE DESCUENTO EN MEDICAMENTOS PARA PACIENTES CRÓNICOS

El beneficio del **70%** de descuento en medicamentos para pacientes crónicos lo puede obtener cualquier trabajador o jubilado en su respectiva obra social. Este instructivo responde al trámite necesario para **Unión Personal**, puede diferir para otras obras sociales. Lea una vez todo el instructivo para tener una idea general de los requisitos, y luego cumpla uno a uno los siguientes pasos:

- 1) Su médico debe cumplir con la obligación de recetar medicamentos sólo por el nombre genérico de la droga y la dosis de presentación del medicamento. Ud. elige el Laboratorio y el nombre fantasía con que comercialmente ese laboratorio designa a la droga genérica. Tenga en cuenta que la calidad del producto –no importa el laboratorio- es la misma por estar supervisada por el Ministerio de Salud. Sólo difieren en el precio que Ud. paga y el envase.
- 2) Si Ud. ya viene tomando medicamentos en forma crónica, verifique si cada uno de esos medicamentos y sus dosis de presentación figuran en el listado de drogas genéricas que tienen ese subsidio de 70% en la Superintendencia de Servicios de Salud de la Nación (en adelante SSS). El listado se encuentra en el siguiente vínculo y debe buscarlos por el nombre genérico de la droga y año/mes del precio de referencia:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/seguimiento-precios/2022>

El sitio permite bajar en archivo Excel o PDF el listado completo. Tenga en cuenta que periódicamente ese listado tiene variaciones y debe actualizarlo.

- 3) Si su medicamento genérico y dosis de presentación figuran en ese listado, puede gestionar su descuento permanente del 70%, según los requisitos que se detallan en los siguientes pasos.
- 4) Si el medicamento y/o sus dosis, **NO FIGURAN**, en el listado, consulte a su médico la sustitución de la droga genérica que viene tomando por otras equivalentes para su tratamiento que figuren en ese listado. Tenga en cuenta que ese listado contiene todos los genéricos necesarios para tratar cualquier afección de la salud. Si el que Ud. busca no figura, lo más probable es que exista otro que pueda sustituirlo.
- 5) Una vez determinados con su médico los medicamentos y dosis de presentación necesarios para su tratamiento crónico que figuran en el listado de la SSS, su médico debe llenar manualmente con letra clara todo lo requerido en el **formulario de la**



RES. 310/2004, que su obra social provee **en una sola copia original en papel**. Verifique la correcta firma y sello del médico en el formulario. En la página 3 de este instructivo figura el formulario vigente de Unión Personal.

Conserve esa copia en buen estado. Le será requerida cada vez que en la farmacia le despachen sus medicamentos.

- 6) El formulario deberá ir acompañado de las recetas de los medicamentos: sólo hasta dos medicamentos por receta y que ambos figuren en el listado de la SSS. Si además su médico le receta otros medicamentos fuera del listado de la SSS, estos deberán ir en recetas separadas porque tienen trámite diferente de descuento: 40% hace Unión Personal a sus afiliados. Verifique que en las recetas estén bien consignadas las fechas, firma y sello del médico.
- 7) Desde la pandemia, las tramitaciones de autorización se hacen por vía virtual. Haga un escaneo en archivo PDF del formulario RES. 310/2004 firmado por el médico y las recetas que lo acompañan. Ingrese a su cuenta en el sitio de Unión Personal > Autorizaciones > Nueva autorización y siga las instrucciones hasta llegar al Formulario Res. 310/04 > suba los archivos escaneados del formulario y las recetas > Enviar. Le informarán por correo electrónico cuando se haya completado la autorización.
- 8) Con las recetas y el formulario de la RES. 310/2004 en su poder, concurra a las farmacias **autorizadas por su obra social, únicas que pueden despachar medicamentos con ese descuento del 70% de la SSS**. Recuerde llevar además su DNI y Carnet de Unión Personal.

IMPORTANTE: Conserve siempre el formulario original, ya deberá exhibirlo cada vez que concurra a la farmacia.

En caso de alguna variación de dosis o droga, su médico debe confeccionar otro formulario RES. 310/2004 completo. Asegurándose previamente que tanto la nueva droga como la dosis figuren en el listado de la SSS. Algunos genéricos de la lista SSS, no están cubiertos si sus dosis son las mínimas de presentación: por ejemplo: el Enalapril, para bajar la presión de los hipertensos, tiene cobertura del 70% para las dosis iguales o mayores a 5mg. Las dosis de 2,5 no tienen cobertura del 70%. Con el nuevo formulario y las recetas que modifican el anterior, repita el procedimiento desde el punto 7 en adelante.

SOLICITUD DE COBERTURA DE MEDICAMENTOS PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS Y PROCREACIÓN RESPONSABLE-(RESOLUCIÓN 310/04)

1. DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Apellido y Nombre:.....

Fecha de nacimiento:.....Sexo: Hombre / Mujer N° de afiliado:.....

2. DIAGNOSTICO O SITUACIÓN (Marcar con una x a la izquierda lo que corresponda al paciente)

- | | | | |
|--|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arritmia | <input type="checkbox"/> Dislipemia | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Coronaria | <input type="checkbox"/> Hiperuricemia | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> EPOC | <input type="checkbox"/> Gota |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades reumáticas | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Anticoagulación | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad inf. crónica
intestinal | <input type="checkbox"/> Psicopatología
Código (DSM IV)..... | <input type="checkbox"/> Parkinson | |

Procreación
responsable

☐

Fecha de inicio de la enfermedad (excluye tratamiento anticonceptivo):...../...../.....

3. MEDICACIÓN

Droga	Presentación	Dosis	Cantidad de envases / mes

4. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS (Marcar con una x a la izquierda la/s opción/es informada/s)

<p>Tabaquismo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Sobrepeso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>Antecedentes familiares cardiopatías <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Sedentarismo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>
--	---

5. DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Nombre y Apellido:.....

Matrícula N°:..... ☐ MN ☐ MP Prestador de cartilla ☐ SI ☐ NO

Si no es prestador, indicar dirección y teléfono:.....
.....

Firma y Sello del Profesional

Firma del paciente

Lugar y Fecha de presentación:.....

Nota: Completar todos los datos en letra imprenta y legible. Lo cual agilizará el trámite evitando la demora.