

(17/05/2023)

VALIDACIÓN ON LINE

Las recetas deberán validarse ON Line, de acuerdo al siguiente detalle:  
**DEL N° DE AFILIADO:**  
Al momento de validar, el NUMERO DE AFILIADO que se debe cargar es el número de documento, sin ceros a la izquierda.

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
Plan Ambulatorio Rural Ospep	MF (4)	D (4)	SI (2)	NO
Plan Materno Infantil Rural Ospep (1)	100% MF (4)	0% D (4)	SI (2)	NO
Plan Ambulatorio Monotributista	MF (4)	D (4)	SI (3)	NO
Plan Materno Infantil Monotributista (1)	100% MF (4)	0% D (4)	SI (3)	NO
Plan 310 Rural	MF (4)	D (4)	SI (2)	NO
Plan 310 Monotributista	MF (4)	D (4)	SI (3)	NO
Programa de Procreación Responsable Plan Rural y OSPEP	100% MF (4)	0% D (5)	SI (2)	NO
Programa de Procreación Responsable Plan Monotributistas	100% MF (4)	0% D (5)	SI (3)	NO
ART Rural (6)	100%	0%	SI (2-3)	NO

- 1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- 2) Formulario terapéutico de OSPRERA para Plan Rural y OSPEP.
- 3) Formulario terapéutico de OSPRERA para Monotributistas.
- 4) PVP = Precio de Venta al público  
MF= Monto fijo indicado en el respectivo vademécum.  
D= PVP - MF
- 5) Ver en Productos Reconocidos los medicamentos que reconoce el Programa de Procreación Responsable.
- 6) Con cada receta se deberá adjuntar copia del ticket de venta.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRI CIÓN P/nombr e	DIAG NOST ICO	RECETA (B-C)	VALI- DEZ REC.	TROQ UEL	FIRMA Y ACLARACION DEL MEDICO (A)
GENERIC O (E)	SI (F)	OFICIAL (G-H-I-J- K)	(D)	SI	Sello: SI Manuscrito: SI

- A) Si el sello fuera ilegible se debitará la receta.
- B) Todos los espacios sombreados de la receta tiene que completarlos la obra social. Si están incompletos, no se puede atender la receta.
- C) Todos los números deben ser arábigos, no se aceptan números romanos.
- D) Recetarios oficiales, desde la emisión de la boca de expendio hasta la prescripción médica: 30 días. Luego de prescriptos tendrán 15 días para su dispensa.
- E) Seguido de la prescripción por monodroga, podrá llevar indicación de nombre comercial.
- F) Principal y secundario.

- G) El recetario particular se aceptará únicamente en caso de zonas alejadas, sin boca de expendio y previa autorización de OSPRERA.
- H) En el caso del Plan 310 y Programa de Procreación Responsable, se utilizará un recetario para 3 meses de tratamiento. El recetario posee un cuerpo donde se realiza la prescripción y dos sectores troquelados para las dos primeras prescripciones lo que le permite al afiliado obtener la prescripción para tres meses (entregando en la dispensa el talón 1, luego el talón 2 y finalmente el cuerpo de la receta).
- I) Plan ART Rural Recetario oficial o particular y denuncia si la tuviera impresa. Es válido para este plan recetario digital, denuncia o autorización digital. Deben figurar de puno y letra del médico:
  - I-1) Leyenda de “ART Mutual Rural de....”
  - I-2) Nombre y apellido del paciente,
  - I-3) DNI, Domicilio
  - I-4) Prescripción: medicamentos recetados y cantidades en número y letras.
  - I-5) Firma y sello del médico tratante
  - I-6) Fecha de prescripción.
- J) Recetarios ÚMA (ver modelo más adelante) podrán aceptarse.
- K) Recetarios digitales: ver modelo mas adelante. Los mismos cuentan con un código QR en la parte superior derecha.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	2 (a-b)
--	---------

- a) NO se cuentan repetidos.
- b) En el Plan de Procreación Responsable, se podrá dispensar un solo Rp por receta.
- c) En el Plan ART RURAL se podrán dispensar todos los RP indicados, validando de a dos productos a la vez y un envase por RP. En el caso de material de curación (por ej: gasa, apósito curitas, cinta hipoalergénica, algodón estéril, vendas elásticas, pervinox o DG6 o agua oxigenada de 10 vol. o merthiolate); se deberán validar con troquel 9990000.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

TAMAÑO (a)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	1
SUBSIGUIENTE AL CHICO	1
GRANDE (3° TAMAÑO o más) (b)	1
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	1

- a) En una misma receta NO pueden coexistir dos medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.
- b) Si se indica GRANDE ó TERCER TAMAÑO deberá consignar además “TRATAMIENTO PROLONGADO” para que pueda ser dispensado el de tercer tamaño.

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- a) Medicamentos excluidos del FORMULARIO TERAPÉUTICO OSPRERA, aún cuando estén autorizados por la obra social.
- b) Anorexígenos y/o Mtos. antiobesidad (Ej.: Xenical, etc.).
- c) Eritropoyetina.
- d) Fórmulas magistrales homeopáticas o alopáticas.
- e) Inmunoestimuladores.
- f) Interferón.

(17/05/2023)

- g) Leches enteras, maternizadas y medicamentosas, aún si están incluidas en el vademécum.
- h) Medicamentos para internación.
- i) Medicación antihemofílica.
- j) Medicación Anti SIDA.
- k) Medios de Contraste.
- l) Oncológicos.
- m) Productos y medicamentos de venta libre, aún cuando figuren en el vademécum.
- n) Psicofármacos, estupefacientes, anabólicos, etc prescritos por odontólogos.
- o) Recetas prescritas por médicos auditores de OSPRERA excepto las transcripciones de recetas particulares a recetarios oficiales en cuyo caso deberán adjuntar la receta prescrita por el médico tratante.

**PRODUCTOS RECONOCIDOS**

- a) Los incluidos en el Formulario Terapéutico de OSPRERA, con la cobertura respectiva
- b) Medicamentos excluidos del Formulario Terapéutico con expresa autorización de REVISAR SA.
- c) Odontólogos, solo pueden prescribir medicamentos relacionados con su especialidad.
- d) En el Programa de Procreación Responsable, se reconocerán los anticonceptivos incluidos en el respectivo vademécum.

**LEY DE GENÉRICOS**

- a) Si se prescribe por nombre genérico, se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescrita, que figure en el formulario terapéutico de OSPRERA y tenga igual concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada.
- b) Si se prescribe por nombre genérico seguido de nombre comercial, se podrá reemplazar por cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescrita, que figure en el formulario terapéutico de OSPRERA y tenga igual concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada y cuyo costo sea menor al medicamento prescripto.  
En este caso, el beneficiario deberá firmar de conformidad por segunda vez
- c) Si el médico prescribe por nombre genérico seguido de nombre comercial y el Dr. estima que no cabe reemplazar el medicamento denominado por marca debe agregar a continuación de la firma correspondiente a la prescripción y de su puño y letra la frase: "Justificación de la prescripción por marca", dejando nuevamente asentada su firma y sello (segunda firma). En este caso el medicamento no podrá ser reemplazado.

**\*Nota:** Se considera que comprimidos es una forma farmacéutica distinta de cápsulas.

**AFILIACIÓN**

- a) En el caso de afiliados directos y OSPEP:  
Se acredita con CARNET DE OSPRERA (en caso de que no posea credencial debe presentar certificado de empleado rural) y ULTIMO BONO DE SUELDO (En el que deberá constar el Número de CUIL y el aporte a la obra social), y DOCUMENTO DE IDENTIDAD.
- b) En el caso de monotributistas:

Se acredita con CARNET DE OSPRERA Monotributista y ÚLTIMO recibo de pago del monotributo.

- c) En el caso especial del Plan Materno Infantil, el farmacéutico constatará DNI o certificado de nacido vivo.

**ENMIENDAS**

- a) Todas las enmiendas que se hagan en el sector de la receta destinado a la farmacia, deberán ser salvadas al dorso de la receta (indicando que enmienda se salva) y el afiliado deberá firmar, aclarar su firma y colocar su número de documento y domicilio, avalando dicha salvedad
- b) Toda enmienda hecha en la prescripción deberá ser salvada por el médico tratante bajo leyenda: "Digo .....(lo enmendado)" firmando y sellando el médico nuevamente lo salvado.

Toda diferencia caligráfica, grafológica o tinta será causal de débito, salvo que sea salvado por médico prescriptor en la forma antes mencionada.

**PRESENTACIÓN DE LA FACTURACION**

- 1) Las farmacias deberán facturar las recetas realizando cierre de lotes y presentaciones, de acuerdo al instructivo detallado en la Guía de validación On Line.

**DE LAS RECETAS Y EL TICKET DE AUTORIZACION:**

NO es obligación transcribir a la receta los datos referidos a PVP, Importes totales, importes parciales, a/c afiliado, a/c obra social. Solo deben:

- 1-0) Completar las recetas.
- 1-1) Adjuntar el "ticket de autorización on-line" a la receta.
- 1-2) Las recetas del PLAN ART RURAL deberán llevar adjuntas copia del ticket fiscal.
- 1-3) La receta siempre debe tener la firma y aclaración, N° de documento, N° de afiliado –por exigencia de ley- y domicilio. Todo puesto de puño y letra del afiliado.
- 1-4) Firma del afiliado o beneficiario en el ticket de autorización on-line: Si los valores de venta no se transcriben a la receta, el afiliado deberá firmar y aclarar firma, N° de afiliado, N° de documento y domicilio también en el ticket de validación.

Si los valores de venta se transcriben a la receta solo basta con cumplir el punto 1-3) y adjuntar el "Ticket de Autorización On-Line"

**OMISIONES**





Todo dato omitido por la farmacia será causal de débito, una vez ocurrido el mismo no se podrá refacturar dicha receta si dicho dato no es salvado al dorso de la receta con firma, nombre, domicilio y n° de documento del adquirente.

**DOMICILIO EN ZONA RURAL**

En los casos de personas que vivan en zona rural, se deberá colocar el nombre de la localidad y la leyenda Zona Rural. De no ser así dichas recetas serán debitadas (Para reforzar dicho dato inespecífico se podrá complementar con el nombre del establecimiento en donde dicha persona trabaja).


(17/05/2023)

Modelo de Recetario PPR:

		<b>Emisión</b>		<b>Lugar:</b> 177000013 - UPAM (CAPITAL FEDERAL)		<b>Fecha:</b> 11/12/2018	
<b>Recetario N°:</b>		01 - 013 - 00001206				Original	
<b>RECETARIO PPR (Válido noventa días)</b>							
<b>Beneficiario:</b> MULINARIS SARALI PAOLA <b>DNI:</b> 29577787 <b>Edad:</b> 36 <b>Sexo:</b> F <b>CUIL TEL:</b> 27295777872 <b>RURAL</b>							
<b>Diagnóstico:</b>							
		<b>Cantidad Solicitada (N°)</b>		<b>Cantidad Solicitada (Letras)</b>		<b>Firma y sello del profesional</b>	
Monodroga/Nombre Comercial/Presentación:						<b>Matrícula:</b>  <b>Fecha Prescripción:</b>	
Monodroga/Nombre Comercial/Presentación:							
<b>TALÓN 3    Válido desde:</b> 11/02/2019 <b>hasta:</b> 13/03/2019 <b>FECHA DISPENSACIÓN:</b>							
<b>Código Farmacia</b>		<b>Receta N°</b>		<b>Beneficiario:</b> MULINARIS SARALI PAOLA		<b>DNI:</b> 29577787	
01 - 013 - 00001206/3				Firma y Sello Boca de Expendio:			
Medic. 1	Cant. Env.	Precio unitario	TOTAL	A cargo beneficiario	A cargo OSPRERA	Troquel 1	Troquel 2
Medic. 2	Cant. Env.	Precio unitario	TOTAL	A cargo beneficiario	A cargo OSPRERA	Troquel 3	Troquel 4
						Troquel 5	Troquel 6
Recibi conforme medicación indicada		Firma Benef. Fecha: Domicilio:		Adscripción: DNI: Teléfono:		Firma y Sello Farmacia	
<b>TALÓN 2    Válido desde:</b> 11/01/2019 <b>hasta:</b> 10/02/2019 <b>FECHA DISPENSACIÓN:</b>							
<b>Código Farmacia</b>		<b>Receta N°</b>		<b>Beneficiario:</b> MULINARIS SARALI PAOLA		<b>DNI:</b> 29577787	
01 - 013 - 00001206/2				Firma y Sello Boca de Expendio:			
Medic. 1	Cant. Env.	Precio unitario	TOTAL	A cargo beneficiario	A cargo OSPRERA	Troquel 1	Troquel 2
Medic. 2	Cant. Env.	Precio unitario	TOTAL	A cargo beneficiario	A cargo OSPRERA	Troquel 3	Troquel 4
						Troquel 5	Troquel 6
Recibi conforme medicación indicada		Firma Benef. Fecha: Teléfono:		Adscripción: DNI: Domicilio:		Firma y Sello Farmacia	
<b>TALÓN 1    Válido desde:</b> 11/12/2018 <b>hasta:</b> 10/01/2019 <b>FECHA DISPENSACIÓN:</b>							
<b>Código Farmacia</b>		<b>Receta N°</b>		<b>Beneficiario:</b> MULINARIS SARALI PAOLA		<b>DNI:</b> 29577787	
01 - 013 - 00001206/1				Firma y Sello Boca de Expendio:			
Medic. 1	Cant. Env.	Precio unitario	TOTAL	A cargo beneficiario	A cargo OSPRERA	Troquel 1	Troquel 2
Medic. 2	Cant. Env.	Precio unitario	TOTAL	A cargo beneficiario	A cargo OSPRERA	Troquel 3	Troquel 4
						Troquel 5	Troquel 6
Recibi conforme medicación indicada		Firma Benef. Fecha: Teléfono:		Adscripción: DNI: Domicilio:		Firma y Sello Farmacia	

(17/05/2023)

RECETARIOS DIGITALES





**OSPRERA**  
Corporación de Promoción Social y Desarrollo  
de la Región de la Gran Bahía de Montevideo

Lugar: 577000019 - CORRIENTES CAPITAL - SECC.1  
(CORRIENTES)

Fecha: 15/05/2023

Nº: 05-019-05413226

Nº Valid. Afil.: C2-B9-1F



DATOS DEL BENEFICIARIO

Apetido y Nombre: GUERRERO CIRO RIDUAN

CUIL/T Titular: 20369559053

Tipo y N° de Documento: DNI: 57063024

Sexo: M Fecha de Nacimiento: 06/06/2018 Edad: 4

Tipo de Afiliado: RURAL

Boca de Expendio: 577000019 - CORRIENTES CAPITAL - SECC.1

PRESCRIPCION	Cantidad Recetada	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Total	% descuento al AFILIADO	Precio		
						Obra Social	Afiliado	
NOMBRE COMERCIAL	Número	Número						TROQUEL 1
NOMBRE GENÉRICO	Letra	Letra						
NOMBRE COMERCIAL	Número	Número						TROQUEL 2
NOMBRE GENÉRICO	Letra	Letra						

Diagnóstico R1: \_\_\_\_\_

R2: \_\_\_\_\_

TOTAL RECETA \$ \_\_\_\_\_

TOTAL BENEFICIARIO \$ \_\_\_\_\_

TOTAL OBRA SOCIAL \$ \_\_\_\_\_

Fecha de Prescripción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de Dispensación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma y Sello del Responsable de Boca de Expendio

Firma y Sello del Profesional

Matrícula N°

Firma y Sello del Farmacéutico

Desc. S/Form. Terap. Amb. OSPRERA

COMPLETAR POR EL AFILIADO O TERCERO

Aclaración de firma: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Firma Conforme

Tipo y N° de Documento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

	TROQUEL 3	TROQUEL 4	TROQUEL 5	TROQUEL 6	TROQUEL 7	
--	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	--

VALIDEZ DEL RECETARIO: 30 DIAS CORRIDOS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION Y VERIFICANDO EL CODIGO DE SEGURIDAD

RECOMENDACIONES PARA EL FARMACÉUTICO

SR. FARMACEUTICO: Previo a la dispensación de los medicamentos prescritos y para evitar ulteriores inconvenientes, deberá corroborar:

a. Que el Beneficiario y/o Tercero interviniente firme la presente, acreditándose su identidad.

b. Que la receta se encuentre perfectamente integrada por el profesional médico, con sello y firma del mismo.

c. Que no hayan transcurrido 30 (treinta) días corridos desde la fecha de emisión de la misma.

NO DEBE DISPENSAR LA RECETA SIN CONSIDERAR LAS RECOMENDACIONES ANTES ENUNCIADAS, EN CASO CONTRARIO

LA RECETA SERÁ RECHAZADA. POR CUALQUIER CONSULTA NO DUDE EN COMUNICARSE AL TELÉFONO: 0 800 999 AEPS (6456)

(17/05/2023)



**Receta médica**

Código de entidad: 751  
Receta de emergencia Covid-19

**Datos del paciente**


Nombre: AAAAAAAAAAAAAA  
 DNI: 111111111111111111  
 Obra social: OSPRERA  
 Número de afiliado: 111111111111111111

**Dx**

- DISHIDROSIS

**Rp/**


Cantidad	Producto	Presentación	Droga	Indicaciones
1 - (uno)	BETACORT	0.05% cr.x 15 g	betametasona	
1 - (uno)	ATOPIX EMULSION	env.x 200 g	xilitol+niacinamida+manteca de k	



9203111453722

**Médico**

Nombre: AAAAAAAAAAAAAA  
 Matrícula: 111111111111111111



**Fecha**

17:11 14/11/2022

Contacto: info@uma-health.com - 0800-888-3637  
 www.umasalud.com - Melián 2752 CABA, Argentina