

(21/10/2024)

**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	40% 70%	60% 30%	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	40% 70%	60% 30%	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). **También para estos planes es válido el Recetario Digital** cuyo modelo se adjunta al final de la presenta norma, y que **no es para 3 meses, sino 1. Se debe prestar especial atención a la leyenda que indique el plan correspondiente, por ejemplo que diga "Osprera Salud Sexual", caso contrario, a falta de esa leyenda, le prescripción que se admite es sólo de medicación ambulatoria (No anticonceptivos).**
  - 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 ÜMA (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.

(21/10/2024)

**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.
- 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 prescriptos por odontólogos.
- o) **Recetas prescriptas por médicos auditores de OSPRERA** excepto las transcripciones de recetas particulares a recetarios oficiales en cuyo caso deberán adjuntar la receta prescripta por el médico tratante.
- p) Hipoglucemiantes orales en el plan ambulatorio, solo se reconocerán con un MF y no al 100% (a partir del 05/07/2024).
- q) Tiras reactivas, lancetas y agujas. Fuera de VDM a partir del 05/07/2024.

**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 prescripta, 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 prescripta, 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**

(21/10/2024)

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.

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).




**DOMICILIO EN ZONA RURAL**

Modelo de Recetario PPR:

		Emisión	Lugar: 177000013 - UPMJ (CAPITAL FEDERAL)		Fecha: 11/12/2018
		Recetario N°:	01 - 013 - 00001206		Original
<b>RECETARIO PPR (Válido noventa días)</b>					
Beneficiario: MULINARIS SARALI PAOLA		DNI: 29577787	Edad: 36	Sexo: F	CUIL TEL: 27295777872 RURAL
Diagnóstico:					
		Cantidad Solicitada (N°)	Cantidad Solicitada (Letras)	Firma y sello del profesional	
Monodroga/Nombre Comercial/Presentación				Matrícula:	
Monodroga/Nombre Comercial/Presentación				Fecha Prescripción:	
TALÓN 3 Válido desde: 11/02/2019 hasta: 13/03/2019			FECHA DISPENSACIÓN:		
Código Farmacia		Receta N°		Beneficiario MULINARIS SARALI PAOLA	
		01 - 013 - 00001206/3		DNI: 29577787	
Firma y Sello Boca de Expendo					
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
A 0 1 0 1 3 0 0 0 0 1 2 0 6 3					
Recibi conforme medicación indicada		Firma Benef. Fecha: Domicilio:	Aclaración: DNI: Teléfono:		Firma y Sello Farmacia
TALÓN 2 Válido desde: 11/01/2019 hasta: 10/02/2019			FECHA DISPENSACIÓN:		
Código Farmacia		Receta N°		Beneficiario MULINARIS SARALI PAOLA	
		01 - 013 - 00001206/2		DNI: 29577787	
Firma y Sello Boca de Expendo					
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
A 0 1 0 1 3 0 0 0 0 1 2 0 6 2					
Recibi conforme medicación indicada		Firma Benef. Fecha: Teléfono:	Aclaración: DNI: Domicilio:		Firma y Sello Farmacia
TALÓN 1 Válido desde: 11/12/2018 hasta: 10/01/2019			FECHA DISPENSACIÓN:		
Código Farmacia		Receta N°		Beneficiario MULINARIS SARALI PAOLA	
		01 - 013 - 00001206/1		DNI: 29577787	
Firma y Sello Boca de Expendo					
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
A 0 1 0 1 3 0 0 0 0 1 2 0 6 1					
Recibi conforme medicación indicada		Firma Benef. Fecha: Teléfono:	Aclaración: DNI: Domicilio:		Firma y Sello Farmacia

(21/10/2024)

RECETARIOS DIGITALES

RECETARIO									
		Lugar: 577000019 - CORRIENTES CAPITAL - SECC.1 (CORRIENTES)							
		Fecha: 15/05/2023		N°: 05-019-05413226					
N° Valid. Afil.: C2-B9-1F									
DATOS DEL BENEFICIARIO									
Apellido 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		
NOMBRE COMERCIAL		Número	Número				Obra Social	Afiliado	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 FARMACEUTICO									
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 íntegra 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: 0 500 999 AEPS (6456)									

(21/10/2024)

**RECETARIO**

**OSPRERA** Lugar: 1177000191 - GENERAL SAN MARTÍN (LA PAMPA)  
 Fecha: 25/09/2023  
 Nº: 11-191-09843821  
 Nº Vóvil. A.S.: 77-4E-4D

CAMELIA  
 Códig. Pac. y N.  
 512700-1  
 7 7521175 008792

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Apellido y Nombre: [Redacted] CULT. Titular: [Redacted]  
 Tipo y N° de Documento: DNI: 46794072 Sexo: F Fecha de Nacimiento: 06/09/2005 Edad: 17  
 Tipo de Afiliado: RURAL Beca de Expendio: 1177000191 - GENERAL SAN MARTÍN

PRESCRIPCIÓN	Cantidad Recetada	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Total	Porcentaje	
					al AFILIADO	Otra Social
NOMBRE COMERCIAL: <i>Comelva 75mg sup x 28</i>	1					
NOMBRE GENÉRICO: <i>deamprotrici 75mg sup x 28</i>	1					
NOMBRE COMERCIAL:						
NOMBRE GENÉRICO:						

Diagnóstico: *Anticuerpo positivo*  
 IC: \_\_\_\_\_

TOTAL RECETA \$ \_\_\_\_\_  
 TOTAL BENEFICIARIO \$ \_\_\_\_\_  
 TOTAL OBRA SOCIAL \$ \_\_\_\_\_

Fecha de Prescripción: *31 / 09 / 2023* Fecha de Dispensación: \_\_\_\_\_

  
 Dato. S Form. Terap. Amb. OSPRERA SALUD SEXUAL Y ANTICONCEPTIVOS  
**Válido sólo para prescripción de anticonceptivos**

**COMPLETAR POR EL AFILIADO O TERCERO**

Aclaración de firma: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Firma Calificada: \_\_\_\_\_ 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 EMISIÓN Y VERIFICANDO EL CÓDIGO DE SEGURIDAD

**RECOMENDACIONES PARA EL FARMACÉUTICO**

AL FARMACÉUTICO: Previa a la dispensación de los medicamentos prescritos y para evitar ulteriores inconvenientes, deberá considerarse:

- Que el Beneficiario y/o Tercero interviniente firme la presente, acreditándose su identidad.
- Que la receta se encuentre perfectamente integrada por el profesional médico, con sello y firma del mismo.
- 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: 0 800 898 AEPS (9408)

(21/10/2024)

Uma  
Receta médica

Código de entidad: 751  
Receta de emergencia Covid-19

Datos del paciente

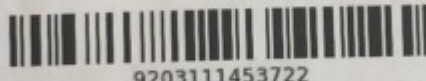
Nombre: AAAAAAAAAAAAAA  
DNI: 111111111111111111  
Obra social: OSPRERA  
Número de afiliado: 111111111111

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: AAAAAAAAAA  
Matrícula: 11111111111111

Fecha

17:11 14/11/2022

Contacto: info@uma-health.com - 0800-888-3637

www.umasalud.com - Melián 2752, CABA, Argentina