

(20/01/2025)

VALIDACIÓN ON LINE

Todas las recetas deberán llevar AUTORIZACIÓN On Line, no existe la autorización previa, ni la declaración de Dispensa.

Para obtener la autorización On Line, se deberá seguir el instructivo correspondiente a la Guía de Validación On Line – CSF (Compañía de Servicios Farmacéuticos).

BONIFICACIÓN

BONIFICACIONES: (calcular sobre precio de venta al público)

- Insulinas e Hipoglucemiantes inyectables 15%
- Hipoglucemiantes orales 10%
- Lancetas y Tiras Reactivas 10%
- Jeringas y Agujas 10%
- Medidores de Glucosa 10%

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter. (2)	Con Manu al Fco.
Osprera Diabetes General on line	70% 100% o X%	30% 0% o Y%	NO	SI

Y%= PVP-X%

En caso de que el paciente no figure habilitado en el sistema con cobertura de DIABETES debe ser derivado a OSPRERA para su empadronamiento.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOST ICO	RECETA	VALI - DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENERICO (D)	NO	Particular, Digital u Oficial (A-B-C-E- F-G-H-I-J)	30 días	SI	Sello: de goma, legible en su totalidad, Manuscrito o pre escrito: NO

- A) Con cada receta la farmacia deberá adjuntar cualquiera de los comprobantes de venta detallados:
- Copia del ticket fiscal.
 - Documento no fiscal Homologado
 - Duplicado o triplicado del ticket fiscal (idéntico al original pero con una leyenda de fondo “No Fiscal”)
 - Factura A, B o C
- B) En cada receta deberán estar prescritos únicamente medicamentos para pacientes diabéticos.
- C) Cada receta deberá contener de puño y letra del médico o bien en recetas digitales:
- C-1) Apellido y nombre
- C-2) Fecha de prescripción
- C-3) Nombre de la Entidad/obra social
- C-4) Número de afiliado
- C-5) Firma y sello con número de matrícula
- D) Podrá llevar indicación de nombre comercial. Se autoriza al Prof. farmacéutico a efectuar la sustitución de un medicamento prescripto por nombre comercial por otro de igual genérico, concentraciones, dosis, vías de administración y presentación que el descripto.
- E) Recetarios digitales oficiales de Osprera, con firma y sello digital y con código de barra, número de receta, QR , etc.

F) Recetarios oficiales de Osprera con firma y sello en original. (ver modelo)

G) Recetarios UMA (ver modelo)

H) Recetarios electrónicos o digitales con prescripción pre impresa ya sea total o parcial y con sello y firma en original.

I) No es necesario que la farmacia transcriba a la receta los datos correspondientes a importes total, a/c afiliado y a cargo de la obra social, si se reflejan en el ticket de validación respectivo.

J) En el caso de recetarios electrónicos/digitales es obligatorio grabar el número correspondiente al validar dichas dispensas. Por el momento la farmacia debe presentar la receta impresa.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

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

(a) Cantidad de envases según lo indicado por la validación.

En aquellos casos en que uno o más envases salgan rechazados con la leyenda “la cantidad excede el máximo permitido”, se recomienda hacer la prueba de dispensar 1 envase menos hasta que la validación sea aprobada.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

TAMAÑO (a-b)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	Lo Autorizado
SUBSIGUIENTE AL CHICO	Lo Autorizado
GRANDE (3º TAMAÑO o más)	Lo Autorizado
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	Lo Autorizado
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	Lo Autorizado

- a) En una misma receta pueden coexistir dos o más medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.
- b) Se debe especificar la concentración, unidades y tamaño de cada medicamento. Cuando el profesional no especifique claramente concentración y/o unidad y/o tamaño, se entregará el de menor concentración y/o unidad y/o tamaño, según corresponda. Si el médico indicara una cantidad de comprimidos/U.I no existente en mercado, se deberá entregar el menor o único existente en mercado, respetando la cantidad de cajas indicadas en forma expresa por Rp. a fin de no dejar al paciente sin medicación siempre y cuando lo autorice el sistema de validación.
- c) Cuando el profesional prescriba grande sin otra especificación, se dispensará el tamaño subsiguiente al chico.
- d) Cuando un medicamento tenga una presentación UNICA se considerará como tamaño chico.
- e) En caso de generarse dudas sobre dosis o tamaño prescripto, se deberá dispensar el menor, en dosis y/o tamaño según corresponda. Si existiere discontinuidad o baja en la comercialización de alguna de las presentaciones indicadas, se podrá dispensar, si el sistema lo autoriza, el tamaño inmediato inferior o el existente en ese momento, previa aclaración al dorso de la receta convalidada por la firma del profesional farmacéutico.

(20/01/2025)

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- a) **Medicamentos no relacionados con diabetes.**

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) Medicamentos de venta bajo receta que figuren en el Manual Farmacéutico o Guía Kairos, para patologías diabéticas.

ENMIENDAS

- a) Todas las enmiendas que se hagan en el sector de la receta destinado a la farmacia, deberán ser salvadas y el afiliado deberá firmar y aclarar su firma, 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.
- c) Cuando en una receta el número de afiliado sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia debe repetirlo al dorso, en forma clara y correcta, indicando junto al número consignado por el médico la frase "ver al dorso". El beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad.

Por ninguna razón se aceptará, con cargos a las entidades, recetas con enmiendas, raspaduras o agregados con distinta lapicera, sino están salvados expresamente por el profesional prescribiente.

LEY DE GENÉRICOS

Si se prescribe por Monodroga: Se deberá entregar una especialidad medicinal que contenga el principio activo (o combinación de ellos), con la cantidad de unidades por envase, forma farmacéutica y concentración, prescripto.

Si se prescribe por Marca Comercial seguido al nombre genérico, podrá dispensarse, con la firma del beneficiario consintiendo el acto, otro medicamento que contenga la misma monodroga, forma farmacéutica y presentación y cuyo precio sea menor al medicamento prescripto.

Por Marca Comercial con justificación: Si el médico considera que no se debe sustituir, no se podrá reemplazar el medicamento prescripto. Para esto, el médico deberá indicar claramente, de su puño y letra "JUSTIFICACION DE LA PRESCRIPCION POR MARCA", seguido de su firma y sello. En este caso se deberá entregar el medicamento prescripto.

AFILIACIÓN


Se acredita con CARNET y DNI.

PRESENTACIÓN

Las recetas deberán ser presentadas en lotes, y a cada lote se le debe adjuntar la carátula de cierre de lote, la que se obtendrá a través de la página de CSF (www.plataformacsf.com).

(20/01/2025)

MODELO DE RECETARIOS

 OSPRERA <small>Organismo Supervisor de la Promoción Regulatoria</small>	EMISION : _____ Lugar: 1377000011 - SAN JOSE (MENDOZA)		Fecha: 07/11/2017					
	RECRETARIO N°: _____ 13-011-00031728							
	N° VALID. AFIL. _____							
RECRETARIO								
DATOS DEL BENEFICIARIO								
Apellido y Nombre: PEREZ, JUAN		CUIL/T Titular: 2111111113						
Tipo y N° de Documento: DNI: 11111111		Sexo: M		Fecha de Nacimiento: 19/07/1962				
Tipo de Afiliado: RURAL		Edad: _____						
PRESCRIPCION		Cantidad Recetada	Cantidad Embarazada	Precio Unitario	Total	% descuento al AFILIADO	Precio Obras Sociales Afiliado	
NOMBRE COMERCIAL		Numeros	Numeros					
NOMBRE GENERICO		Letras	Letras					
NOMBRE COMERCIAL		Numeros	Numeros					
NOMBRE GENERICO		Letras	Letras					
Diagnostico R1: _____						TOTAL RECETA \$ _____		
R2: _____						TOTAL BENEFICIARIO \$ _____		
						TOTAL OBRA SOCIAL \$ _____		
Fecha de Prescripción: / /				Fecha de Dispensación: / /				
Firma y Sello del Responsable de Beca de Expendio				Firma y Sello del Profesional		Matricula 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 RECRETARIO: 30 DIAS CORRIDOS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION, con código de barras, sello y firma de la Beca de Expendio								
1. RECOMENDACIONES PARA EL FARMACEUTICO								
SR. FARMACEUTICO: Previo a la dispensación de los medicamentos prescriptos y para evitar ulteriores inconvenientes, deberá comprobar:								
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: 9 800 999 AEPs (9458)								

uma

Receta médica

Código de entidad: 751
Receta de emergencia Covid-19

Datos del paciente

Nombre:

DNI:

Obra social: OSPRERA

Número de afiliado:

Dx

• DISIDROSIS

Rp/

Cantidad	Producto	Presentación	Druga	Indicaciones
1 - (uno)	BETACORT	0.05% cr.x 15 g	betametasona	
1 - (uno)	ATOPIX EMULSION	env.x 200 g	xil/tol+niacinemida+mantequilla de k	



9203111453722

Médico

Fecha

Nombre: AAAAAAAAAA

Matrícula: 111111111111





17:11 14/11/2022



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

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

(20/01/2025)

 OSPREA <small>ORGANISMO SUPLENTE PARA REGULAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD</small>		Lugar: 5770000219 - CORRIENTES CAPITAL - SECC.1 (CORRIENTES)	Cod.QR 																																										
Fecha: 15/05/2023 N°: 65-819-65413226 N° Valid. AEI: C2-09-1F																																													
DATOS DEL BENEFICIARIO																																													
Apellido y Nombre: CUERREDO CIRIO RIGUAN Tipo y N° de Documento: DNI- 57963524 Tipo de Afiliado: RURAL		CUILIT Titular: 2006959993 Fecha de Nacimiento: 09/02/18 Edad: 4 Sexo de Expendio: 5770000219 - CORRIENTES CAPITAL - SECC.1																																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">PRESCRIPCION</th> <th style="width: 10%;">Cantidad Formularios</th> <th style="width: 10%;">Cantidad Erogaciones</th> <th style="width: 10%;">Precio Unitario</th> <th style="width: 10%;">Total</th> <th style="width: 10%;">% descontado al AFILIADO</th> <th style="width: 10%;">Carga Social</th> <th style="width: 10%;">Carga Albergio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CONTRAPUNTO</td> <td>Número</td> <td>Número</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONTRAPUNTO</td> <td>Lote</td> <td>Lote</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONTRAPUNTO</td> <td>Número</td> <td>Número</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONTRAPUNTO</td> <td>Lote</td> <td>Lote</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		PRESCRIPCION	Cantidad Formularios	Cantidad Erogaciones	Precio Unitario	Total	% descontado al AFILIADO	Carga Social	Carga Albergio	CONTRAPUNTO	Número	Número						CONTRAPUNTO	Lote	Lote						CONTRAPUNTO	Número	Número						CONTRAPUNTO	Lote	Lote						<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> TRUQUEL 1 </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> TRUQUEL 2 </td> </tr> </table>		TRUQUEL 1	TRUQUEL 2
PRESCRIPCION	Cantidad Formularios	Cantidad Erogaciones	Precio Unitario	Total	% descontado al AFILIADO	Carga Social	Carga Albergio																																						
CONTRAPUNTO	Número	Número																																											
CONTRAPUNTO	Lote	Lote																																											
CONTRAPUNTO	Número	Número																																											
CONTRAPUNTO	Lote	Lote																																											
TRUQUEL 1	TRUQUEL 2																																												
Diagnóstico: R1: _____ R2: _____				TOTAL RECETA \$ _____ TOTAL BENEFICIARIO \$ _____ TOTAL OBRA SOCIAL \$ _____																																									
Fecha de Prescripción: / /		Fecha de Dispensación: / /																																											
Firma y Sello del Responsable de Beca de Expendio _____		Firma y Sello del Profesional _____		Matrícula N° _____																																									
Desc. S/ Form. Terap. Anib. OSPREA																																													
COMPLETAR POR EL AFILIADO O TERCERO																																													
Aclaración de Firma: _____ Domicilio: _____																																													
Firma Conforme Tipo y N° de Documento: _____ Teléfono: _____																																													
TRUQUEL 3		TRUQUEL 4		TRUQUEL 5																																									
TRUQUEL 6		TRUQUEL 7																																											
VALIDEZ DEL RECEPTARIO: 30 DIAS CORRIENTES A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION Y VERIFICANDO EL CARGO DE SEGURIDAD																																													
RECOMENDACIONES PARA EL FARMACÉUTICO																																													
EL FARMACÉUTICO: Pese a la dispensación de los medicamentos prescritos y para evitar otros inconvenientes, deberá recomendar:																																													
a. Que el Beneficiario y/o Representante debiera firmar la prescripción, 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 receta.																																													
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: 8 800 993 AEPS (458)																																													