

(17/01/2025)

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

PRESCRIPCIÓN 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 recetarios 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 prescrito 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 csao 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.)	Lo Autorizado
--	---------------

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

(17/01/2025)

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.

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).

(17/01/2025)

MODELO DE RECETARIOS

	EMISION	Lugar: 1377000011 - SAN JOSE (MENDOZA)	Fecha: 01/11/2017
	RECETARIO N°	13-011-00031728	
	N° VALID. AFIL.		
RECETARIO			
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: 5	
PRESCRIPCION	Cantidad Recetada	Cantidad Entregada	Presco Unitario
Nombre Comercial	Numero	Numero	
Nombre Genérico	Letra	Letra	
Nombre Comercial	Numero	Numero	
Nombre Genérico	Letra	Letra	
Diagnóstico R1: _____			TOTAL RECETA \$ _____
R2: _____			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°
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 2	TROQUEL 4	TROQUEL 5
	TROQUEL 6	TROQUEL 7	
VALIDEZ DEL RECETARIO: 30 DIAS CORRIDOS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION, con código de barras, sello y firma de la Boca de Expendio			
RECOMENDACIONES PARA EL FARMACEUTICO			
SR. FARMACEUTICO: Previo a la dispensación de los medicamentos prescritos y para evitar ulteriores inconvenientes, deberá comprobar:			
<ul style="list-style-type: none"> a. Que el Beneficiario y/o Tercero interviniente firme lo 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: 0 800 399 AEPS (6456)			

(17/01/2025)

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: 111111111111111111

Dx

- DISIDROSIS

Rp/

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


9203111453722

Médico
Nombre: AAAAAAAAAAAAAA
Matrícula: 111111111111111111


Fecha
17:11 14/11/2022



Contacto: info@uma-health.com - 0800-898-3637
www.umavalut.com - Mañán 2762, CABA, Argentina

(17/01/2025)

RECETARIO





Lugar: 577000019 - CORRIENTES CAPITAL - SECC.1

Fecha: 15/05/2023

M: 65415-65413226

N° VOUCHER: C2-89-1F

Cod.QR →

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: GUERREIRO DINO ROLAN CURUT Tráiler: 2026559003
 Tipo y N° de Documento: DNI: 07963224 Sexo: M Fecha de Nacimiento: 09/02/1988 EDAD: 35
 Tipo de Afiliado: RURAL Base de Expendio: 577000019 - CORRIENTES CAPITAL - SECC.1

PRESCRIPCIÓN	Cantidad Recetada	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Total	% Documento AFILIADO	Pagado		TROQUEL
						Obras Sociales	Afiliado	
Medicamento	NACION	NACION						TROQUEL 1
Medicamento	LATA	1.000						TROQUEL 2
Medicamento	NACION	NACION						TROQUEL 3
Medicamento	LATA	1.000						TROQUEL 4

Diagnóstico #1: _____

TOTAL RECETA \$ _____

Diagnóstico #2: _____

TOTAL BENEFICIARIO \$ _____

TOTAL OBRAS SOCIALES \$ _____

Fecha de Prescripción: ____/____/____

Fecha de Dispensación: ____/____/____

Firma y Sello del Responsable de Base de Expendio

Firma y Sello del Profesional

Martinet 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

SI FARMACEUTICO Previa a la dispensación de los medicamentos prescritos y para evitar problemas inconvenientes, deberá considerar:

- a. Que el Beneficiario y/o Titular interviniente tiene la presente, acreditación o identidad.
- b. Que la entrega 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 SERA RECHAZADA. POR CUALQUIER CONSULTA NO DUDE EN COMUNICARSE AL TELÉFONO: 0 800 339 AEPS (6458)