

(01/05/2025)

VALIDACIÓN ON LINE

Las recetas deberán validarse ON Line.

Al momento de validar, el NUMERO DE AFILIADO que se debe cargar es el número de documento, sin ceros a la izquierda y sin puntos.

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
Ambulatorio Gral. On line (CSF) (1)	40% 100% 70%	60% 0% 30%	SI	NO

- (1) Incluye los planes Rural, Monotributista, Jubilado, PMI, Discapacidad, Patologías crónicas, Anticonceptivos y Autorizaciones Especiales. Requiere validación on line, salvo el plan Autorizaciones Especiales, del cual debe efectuarse Declaración de Dispensa. En este caso las recetas deben estar autorizadas por alguna de las siguientes personas en la receta o bien vía fax que la farmacia debe adjuntar a la receta:

-Dra. Araoz Victoria
-Dra. Fernandez Montes Marcela
-Zalewski Claudia

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIPC IÓN P/nombre	DIAGN OSTICO	RECE TA	VALI DEZ REC.	TRO QUEL	FIRMA Y ACLARACION DEL MEDICO (A)
GENERIC (G)	SI	OFICIA L (A-B- C-D-E- F)	30 días	SI	Sello: SI Manuscrito: SI

- A) Prescripción Manuscrita propiamente dicha.
B) Recetarios digitales oficiales de Osprera, con firma y sello digital.
C) Recetarios electrónicos o digitales de otros prestadores con firma y sello digital, código de barra, número de receta, QR.
D) Oficial de Autogestión:

OSPRERA

EMISION: Lugar: 1377000011 - SAN JOSE (MENDOZA) Fecha: 07/11/2017
RECETARIO N°: 13-011-0031728
N° VALID. AFL:

RECETARIO

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: PEREZ JUAN CULIT Titular: 211111113
Tipo y N° de Documento: DNI: 11111111 Bate: Fecha de Nacimiento: 19/07/1982 Edad: 5
Tipo de Afiliado: RURAL

PRESCRIPCION	Cantidad Requerida	Cantidad Entregada	Prep Unidad	Total	% CUBIERTO DE TROQUEL	Troqueles Atendidos	Troqueles Atendidos
Nombre Comercial	Numero	Numero					TROQUEL
Nombre Genérico	Letra	Letra					TROQUEL
Nombre Comercial	Numero	Numero					TROQUEL
Nombre Genérico	Letra	Letra					TROQUEL

Diagnóstico: RT: TOTAL RECETA \$
RT: 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°: Firma y Sello del Farmacéutico:
Desc: SIFarm. Terap. Amb. OSPRERA

COMPLETAR POR EL AFILIADO O TERCERO

Aclaración de firma: Domicilio:

Firma Conforme Tipo y N° de Documento: Teléfono:

VALIDEZ DEL RECETARIO: 30 DIAS corridos A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION, con código de barras, sello y firma de la Beca de Expendio

RECOMENDACIONES PARA EL FARMACEUTICO

SR. FARMACEUTICO: Previo a la dispensación de los medicamentos prescritos y para evitar efectos indeseados, deberá considerar:

- Que el Beneficiario ya 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 SERA RECHAZADA. POR CUALQUIER CONSULTA NO DUDE EN COMUNICARSE AL TELÉFONO: 0 800 999 AEPIS (8458)

E) Recetario UMA:

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:

* DISHIDROSIS

Rp/

Cantidad	Producto	Presentación	Drugs	Indicaciones
1 - (uno)	BETACORT	0.05% cr x 15 g	betametasona	
1 - (uno)	ATOPIX EMULSION	em x 200 g	xilolol+nicotinamida+manteca de k	

9203111453722

Médico

Nombre: AAAAAAAAAAAAAA
Matrícula: 111111111111111111

Fecha

17:12 14/11/2022

Contacto: info@uma-health.com - 0800-699-3637
www.umahealth.com - Meldo: 2752, CABA, Argentina

- F) Recetarios con prescripción pre impresa ya sea total o parcial, sin el código de barra y el QR pero con firma y sello del médico en original.

(01/05/2025)

En el caso de recetas electrónicos/digitales, es obligatorio grabar el número de recetario en el casillero número de receta, antes de la validación.

Por el momento debe presentarse una copia impresa de dichas prescripciones electrónicas, hasta tanto finalicen los procesos de integración correspondientes.

G) Datos que deben figurar en la receta:

- Denominación de la Entidad
- Nombre y apellido del paciente
- Número de afiliado
- Medicamentos recetados por principio activo. Podrá indicar una marca sugerida y el profesional farmacéutico sustituirla por una especialidad medicinal que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades incluida en el Vademécum. En esos casos, el socio deberá firmar en conformidad el reemplazo. Se rechazarán recetas que no presenten:
 - principio activo;
 - Cantidad de cada medicamento;
 - Firma y sello con número de matrícula y aclaración;
 - Fecha de prescripción;

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	3 (a)
--	-------

a) NO se cuentan repetidos.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

TAMAÑO (a)	CANTIDAD Sin tratamiento prolongado	CANTIDAD Con tratamiento prolongado
CHICO o UNICO	1	2 (b)
SUBSIGUIENTE AL CHICO	1	2 (b)
GRANDE (3° TAMAÑO o más)	1	2 (b)
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS y SUEROS	1	5
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	1	El menor número posible de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas. Por ejemplo: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expendirse 3 (tres) envases = 6 (seis) ampollas.

- 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.

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.

ENMIENDAS

Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción debe estar salvadas por el profesional con su firma y sello.

Cuando en una receta el número de beneficiario 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.

(01/05/2025)

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 Compañía de Servicios farmacéuticos (CSF).

