

(28/05/2025)

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 (H)	SI	OFICIA Lo PARTI CULAR (A-B-C- D-E-F- G-I)	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
RECETARIO

EMISOR: 1377000011 - SAN JOSÉ (MENDOZA)
RECETARIO N°: 13-011-0001728
N° VALID. AFIL.

Fecha: 07/11/2017

DATOS DEL BENEFICIARIO
Apellido y Nombre: PEREZ JUAN
DNI: 11111111
Tipo y N° de Documento: RURAL
Tipo de Afiliado: RURAL

CULIT Titular: 211111113
Beca: Fecha de Nacimiento: 19/07/1982 Edad: 5

PRESCRIPCION	Cantidad Requerida	Cantidad Entregada	Prescri- cionista	Total	% OPORTUNO de RECIBIDO	Receta Social	Receta Atención
CODIGO GENÉRICO	Número	Número					
CODIGO GENÉRICO	Letra	Letra					
CODIGO GENÉRICO	Número	Número					
CODIGO GENÉRICO	Letra	Letra					

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:

TROQUEL 3	TROQUEL 4	TROQUEL 5	TROQUEL 6	TROQUEL 7

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

RECOMENDACIONES PARA EL FARMACÉUTICO

SR. FARMACÉUTICO: Previo a la dispensación de los medicamentos prescritos y para evitar efectos inconvenientes, 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 SERÁ 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: 11111111111111
Obra social: OSPRERA
Número de afiliado: 1111111111

Dx:
* DISHIDROSIS

Rp/
Cantidad Producto Presentación Droga Indicaciones
1 - (une) BETACORT 0.05% cr x 15 g betametasona
1 - (une) ATOPIX EMULSION em x 200 g xilitol+niacinamida+manteca de k

920311453722

Médico
Nombre: AAAAAAAAAAAAAA
Matrícula: 11111111111111

Fecha
17/11/2022

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.

(28/05/2025)

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. Se rechazarán recetas que no presenten principio activo.
- Cantidad de cada medicamento;
- Firma y sello con número de matrícula y aclaración;
- Fecha de prescripción;

H) 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.

I) No es necesaria la firma y sello de la Boca de Expendio de Osprera en la 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 expenderse 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 prescrito. 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

(28/05/2025)

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.

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).

