(15/09/2025)

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 Manual 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:

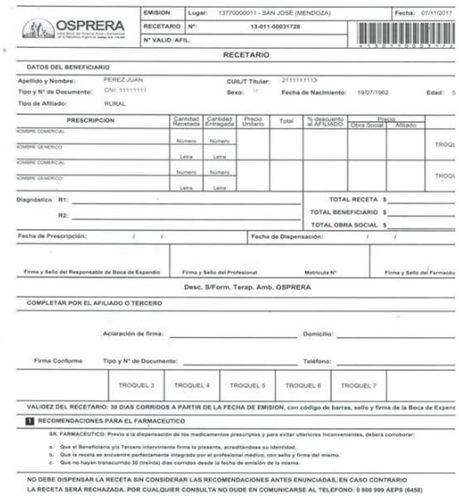
-Dra. Araoz Victoria
-Dra. Fernandez Montes Marcela
-Zalewski Claudia

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIPCIÓN P/nombre	DIAGNOSTICO	RECETA	VALIDEZ REC.	TROQUEL	FIRMA Y ACLARACION DEL MEDICO (A)
GENERICO (H)	SI	OFICIAL, PARTICULAR o ELECTRÓNICA (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

EMISION Lugar: 1377000011 - SAN JOSÉ (MENDOZA) Fecha: 07/11/2017

RECETARIO N°: 13-011-00031728

N° VALID. AFIL.:

RECETARIO

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: PEREZ JUAN CUIL/T Titular: 21111111113

Tipo y N° de Documento: DNI: 11111111 Sexo: M Fecha de Nacimiento: 19/07/1962 Edad: 5

Tipo de Afiliado: RURAL

PRESCRIPCION | Cantidad Recetada | Cantidad Entregada | Precio Unitario | Total | % descuento al AFILIADO | Precio Obra Social | Precio Afiliado

NOMBRE COMERCIAL / NOMBRE GENERICO — Número / Letra — TROQUEL

NOMBRE COMERCIAL / NOMBRE GENERICO — Número / Letra — TROQUEL

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 Farmaceu

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, con código de barras, sello y firma de la Boca de Expend

1 RECOMENDACIONES PARA EL FARMACEUTICO

SR. FARMACEUTICO: Previo a la dispensación de los medicamentos prescriptos y para evitar ulteriores inconvenientes, deberá corroborar:

a. Que el Beneficiario y/o Tercero interviniente firma 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: 0 800 999 AEPS (6458)

E) Recetario UMA:

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.

(15/09/2025)

En el caso de recetarios 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 (3º 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 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.

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.

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).