

(26/11/2025)

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
GENERICOS (D)	NO	Particular, Digital u Oficial (A-B-C-E- F-G-H-I-J- K-L)	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 prescriptos 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 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.
- K) No es necesaria la firma y sello de la Boca de Expendio de Osprera en la prescripción.
- L) Conformidad de quien retira: resulta inviable que personal vinculado a la farmacia sea quien firme en conformidad por la entrega de los productos.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA

(a)

(26/11/2025)

(Rp x Rec.)	
-------------	--

- (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.

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.

(26/11/2025)

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).

OSPRERA Diabetes

MOD.182 – NORMAS - Pág. 4

(26/11/2025)

MODELO DE RECETARIOS

 OSPRERA Una obra de Protección Social a la Salud		EMISIÓN: 13710000011 - SAN JOSÉ (MENDOZA)	Lugar: 13-011-00031728	Fecha: 07/11/2017
RECETARIO N°:		N° VALID: AFIL.		
RECETARIO				
DATOS DEL BENEFICIARIO				
Apellido y Nombre: PEREZ JUAN		CUIL/T Titular: 21111111111		
Tipo y N° de Documento: DNI: 11111111		Sexo: M Fecha de Nacimiento: 19/07/1962		Edad: 57
Tipo de Afiliado: RURAL				
PRESCRIPCION		Cantidad Recetada	Cantidad Entregada	Precio Unitario
FARMACÉUTICO				
Número: Número:				
FARMACÉUTICO		Lote: Lote:		
Número: Número:				
FARMACÉUTICO		Lote: Lote:		
Diagnóstico: R1: _____		TOTAL RECETA \$ _____		
R2: _____		TOTAL BENEFICIARIO \$ _____		
Fecha de Prescripción: / /		Fecha de Dispensación: / /		
Firma y Sello del Responsable de Boca de Expediente		Firma y Sello del Profesional: Matrícula N°:		Firma y Sello del Farmacéutico
Desc: Si/frm. 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 Boca de Expediente				
RECOMENDACIONES PARA EL FARMACÉUTICO				
SR. FARMACÉUTICO: Previo a la dispensación de los medicamentos prescriptos y para evitar futuras inconvenientes, deberá comprobar:				
a) Que el Recetario y/o Tercero interviniente firme la prescripción, encabezándose su identidad.				
b) Que la receta se dispense en su totalidad integrada por el profesional titulado, 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: 8 800 999 AEPIS (6456)				

úma
Receta médica

Código de entidad: 751
Receta de emergencia Covid-19

Datos del paciente

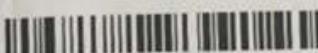
Nombre: AAAAAAA
DNI: 11111111
Obra social: OSPRERA
Número de afiliado: 111111111111

Dx

• DISHIDROSIS

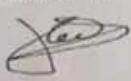
Rp/

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


9203111453722

Médico Fecha

Nombre: AAAAAAA
Matrícula: 111111111111



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

OSPRERA Diabetes

MOD.182 – NORMAS - Pág. 5

(26/11/2025)

RECETARIO							
 OSPRERA Organismo Social de Previsión y Renta para la Vejez y la Vejez		Lugar: 570000019 - CORRIENTES CAPITAL - SECC. 1 C.I.G.R. 10111105 Fecha: 15/05/2023 Nº: 65-415-05413226 Nº Venta ARU: C2409-1P					
Cod.QR ➔ 							
DATOS DEL BENEFICIARIO							
Apellido y Nombre: GUILLERMO OCHOA RODRIGUEZ		CUIL / T. Número: 20060509001					
Tipo y N° de Documento: DNI 10763324		Sexo: M Fecha de Nacimiento: 08/05/19		Edad: 48			
Tipo de Afiliado: RURAL		Baja de Expediente: 5770000019 - CORRIENTES CAPITAL - SECC. 1					
Prescripción	Cantidad	Comisión	Precio	Total	Si Prescrito	Estado	
TRIQUEL 1							
Nombre Común:	Nombres	Apellidos					
TRIQUEL 2							
Nombre Común:	Laura	RODRIGUEZ					
Nombre Común:	Nombre	Apellido					
Nombre Común:	Laura	RODRIGUEZ					
Diagnóstico: RR:		TOTAL RECETA \$ _____					
R2:		TOTAL BENEFICIARIO \$ _____					
		TOTAL OBRA SOCIAL \$ _____					
Fecha de Prescripción: / /		Fecha de Dispensación: / /					
Firma y Sello del Responsable de Baja de Expediente		Firma y Sello del Profesional		Matrícula N°		Firma y Sello del Farmacéutico	
Desc. S/Form. Terap. Amb. OSPRERA							
COMPLETAR POR EL AFILIADO O TERCERO							
Aclaración de Firmas: _____ Domicilio: _____							
Firma Confidencial	Tipo y N° de Documento:		Teléfono: _____				
	TRIQUEL 3	TRIQUEL 4	TRIQUEL 1	TRIQUEL 6	TRIQUEL 7		
VALIDEZ DEL RECETARIO: 30 DÍAS CORRIDOS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN Y VERIFICANDO EL CODIGO DE SEGURIDAD							
<input checked="" type="checkbox"/> RECOMENDACIONES PARA EL FARMACÉUTICO							
a. El Beneficiario y/o farmacéutico tiene la presente autorizada su identidad.							
b. Que la receta se encuentra perfectamente integrada por el profesional en boga, con sello y firma del mismo.							
c. Que no haya transcurrido 30 (treinta) días corridos desde la fecha de emisión de la misma.							
NO DEBE DISPENSAR LA RECETA SIN CONSIDERAR LAS RECOMENDACIONES ANTES ENUMERADAS. EN CASO CONTRARIO LA RECETA SERÁ RECHAZADA. POR CUALQUIER CONSULTA NO DUDÉ EN COMUNICARSE AL TELÉFONO: 6 000 333 ARS (6458)							