

(25/11/2025)

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) (I)	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 L, PARTI CULAR o ELECT RÓNICA (A-B- C-D-E- F-G-I- J)	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:

EMISIÓN	Lugar:	13770000011 - SAN JOSÉ (MENDOZA)	Fecha:	07/11/2017	
RECETARIO N°:	13-011-0001728				
Nº VALID. AFIL:					
RECETARIO					
DATOS DEL BENEFICIARIO					
Apellido y Nombre:	PEREZ JUAN	CUIL/Titular:	21111111111		
Tipo y N° de Documento:	CI: 111111111	Sexo:	M	Fecha de Nacimiento:	19/07/1962
Tipo de Afiliado:	RURAL	Edad:	50		
RECETARIO					
Prescripción	Cantidad Recetada	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Total	
SCOPHE COMERCIAL	Número	Número			
Lote	Lote				
SCOPHE COMERCIAL	Número	Número			
Lote	Lote				
Diagnóstico R1:			TOTAL RECETA \$		
R2:			TOTAL BENEFICIARIO \$		
Fecha de Prescripción:		Fecha de Dispensación:			
Firma y Sello del Responsable de Baja de Expediente		Firma y Sello del Profesional		Matrícula N°	
Desc: SFom. Terap. Amb. OSPRERA					
COMPLETAR POR EL AFILIADO O TERCERO					
Aclaración de firma: _____ Domicilio: _____					
Firma Conforme	Type y N° de Documento:	Teléfono: _____			
		TROQUEL 3	TROQUEL 4	TROQUEL 5	
		TROQUEL 6	TROQUEL 7		
VALIDEZ DEL RECETARIO: 30 DIAS CORRIENTES A PARTIR DE LA FECHA DE EMISIÓN, con código de barras, sello y firma de la Baja de Expediente					
RECOMENDACIONES PARA EL FARMACEUTICO: SR. FARMACEUTICO: Previo a la dispensación de los medicamentos prescritos y para evitar futuros inconvenientes, deberá corroborar: a. Que el Beneficiario y/o Tercero interviniendo firme la presente, acreditándose su identidad. b. Que la fecha de expedición de la receta sea igual o anterior a la fecha de emisión de la misma. c. Que no hayan transcurrido más de 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 DUDÉ EN COMUNICARSE AL TELÉFONO: 0 800 399 AEPS (6456)					

E) Recetario UMA:



(25/11/2025)

- 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.

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.
- J) 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 (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 MULTIDOSIS	INY.	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.

(25/11/2025)

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).

