



OSPRERA

AMBULATORIO – CRÓNICOS – ANTICONCEPCIÓN - PMI



COMPAÑÍA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 700– CÓDIGO INTEGRADOR: ospreragral

ANEXO I - CIRCULAR 91/25 B

Vigente a partir del 1 de Mayo de 2025.

Última revisión: Julio/25

Las marcas “@” identifican los puntos que **deben validarse OBLIGATORIAMENTE** en el momento de la venta a través del sistema de validación ingresando en www.plataformacsf.com o bien mediante los sistemas de facturación integrados.

Para aquellas recetas no validadas electrónicamente (por ejemplo autorizaciones especiales) deberá efectuarse una **DECLARACIÓN DE DISPENSA** en dicho sistema de validación.

En todas las **recetas validadas y declaradas electrónicamente**, la Liquidación de Recetas y **CIERRE DE LOTES** debe efectuarse **obligatoriamente** utilizando la herramienta que brinda dicho sistema para tal fin.

Los **datos consignados en las validaciones y/o declaraciones deben reflejar fielmente lo indicado en la prescripción** (beneficiario, profesional y/o institución, productos, fecha de prescripción, etc.). Caso contrario, la receta es plausible de observación y débito.

Aclaración:

El **CIERRE DE LOTES** y **DECLARACIÓN DE DISPENSA** electrónico es **OBLIGATORIO. SIEMPRE** deben figurar en el **RESUMEN DE FACTURACIÓN** general confeccionado a través de www.plataformacsf.com (ver punto 13).

Por lo tanto, en un mismo Resumen de Facturación electrónico debe figurar **INDISPENSABLEMENTE**:

- **VALIDACIÓN ELECTRÓNICA** de OSPRERA (“Plan MIXTO VALIDACIÓN”)
- **DECLARACIÓN DE DISPENSA** de OSPRERA para recetas sin validación online (“Plan MIXTO DECLARACIÓN”)

1.Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)

1.1. General (Rural – Monotributista – Jubilado):	40%	@
1.2. Plan Materno Infantil y Discapacidad:	100% Ver punto 6	@
1.3. Patologías Crónicas y Anticonceptivos:	Según validación online Ver punto 7	@
1.4. Autorizaciones Especiales:	Ver punto 9	

2.Habilitación del beneficiario:

2.1. Credencial (según muestra).

2.2. Habilitación del Beneficiario según validación on line:	Ingresar el N° de DNI, sin guiones ni barras. Por ejemplo:		@
	NRO. DE BENEFICIARIO EN CREDENCIAL/N° DE DNI	NÚMERO A INGRESAR	
	12.345.678	12345678	

2.3. Documento de Identidad (DNI, LC, LE).

2.4. No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada.

3.Recetario:

3.1. Tipo de recetario:	• Prescripción tradicional (manuscrita) propiamente dicha. • Recetarios digitales oficiales de OSPRERA con firma y sello digital de acuerdo a los requisitos de identificación de cada receta según reglamentación vigente. • Recetarios electrónicos o digitales de otros prestadores con firma y sello digital que cumplan con requisitos de identificación de cada receta (código de barra, número de receta, QR, etc.) según reglamentación vigente. • Oficial de la entidad de autogestión (según muestra) • Recetario UMA (según muestra) • Recetarios electrónicos o digitales (prescripción pre-impresa ya sea total o parcial) sin los requisitos de identificación antes mencionados pero que contengan firma y sello original del profesional. En cualquier caso, requiere validación electrónica obligatoria.
-------------------------	--



OSPRERA

AMBULATORIO – CRÓNICOS – ANTICONCEPCIÓN - PMI



COMPAÑÍA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 700- CÓDIGO INTEGRADOR: ospreragral

ANEXO I - CIRCULAR 91/25 B

	En el caso de recetarios electrónicos / digitales es obligatorio grabar el número correspondiente al validar dichas dispensas. Cabe recordar que por el momento, <u>debe presentarse una copia impresa de dichas prescripciones electrónicas / digitales</u>, hasta tanto finalicen los procesos de integración correspondientes.
3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta, o bien pre impresos en recetarios electrónicos / digitales:: Les recordamos que NO es necesaria la firma y sello de la Boca de Expendio de OSPRERA en la prescripción. Con motivo de la ampliación del vademécum de OSPRERA AMBULATORIO, informamos que en caso de que una marca no se encuentre cubierta, su farmacia está en condiciones de ofrecer un reemplazo incluido en el mismo. En ese caso, el afiliado firmará en conformidad.	• 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 por el reemplazo. <u>Se rechazarán recetas que no presenten principio activo:</u> • Cantidad de cada medicamento; • Firma y sello con número de matrícula y aclaración; • Fecha de prescripción; <i>Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción debe estar salvadas por el profesional con su firma y sello.</i> <i>(*) 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.</i>

4.Validez de la receta:

El día de la prescripción y los **29** días siguientes.

Aclaración: los recetarios oficiales tienen una validez de **30** días entre la emisión por la Boca de Expendio y la fecha de prescripción.

5.Topes de cobertura:

5.1. Límites de cantidades:	Sin Tratamiento Prolongado	Con Tratamiento Prolongado ^(5.2.)
Renglones por receta:	Hasta 3 (tres)	Hasta 3 (tres)
Envases por renglón:	Hasta 1 (uno)	Hasta 2 (dos)
5.2. Tratamiento Prolongado:	Cuando la prescripción indica la frase "Tratamiento Prolongado", su equivalente o abreviaturas, pueden expendirse las cantidades indicadas en la columna "Con Tratamiento Prolongado". Debe indicarse además el tamaño y/o contenido de cada uno por lo que, de omitirse este requisito, sólo se entregará un envase del menor tamaño y/o contenido existente.	
5.3. Antibióticos Inyectables:	Presentación	Entregar
	Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	Hasta 5 (cinco)
	Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	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.
5.4. Psicofármacos:	• El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia.	
5.5. Otras especificaciones:	<u>Cuando el médico:</u>	<u>Debe entregarse:</u>
	• No especifica cantidades	• El envase de menor contenido.
	• Sólo indica la palabra "grande"	• La presentación siguiente a la menor.
	• Equivoca la cantidad y/o contenido	• El tamaño inmediato inferior al indicado.



OSPRERA

AMBULATORIO – CRÓNICOS – ANTICONCEPCIÓN - PMI



COMPAÑÍA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 700– CÓDIGO INTEGRADOR: ospreragral

ANEXO I - CIRCULAR 91/25 B

6. Plan Materno Infantil:

6.1. Habilitación del Beneficiario con cobertura PMI o DISCAPACIDAD según validación on-line.

6.2. Recetario:

- Igual a la cobertura general. **REQUIERE VALIDACION ONLINE**

6.3. Descuento y Productos Cubiertos:

- 100% para los productos incluidos en el Vademécum PMI o DISCAPACIDAD. **NO requiere Autorización Previa.**

6.4. Límites de cantidades:

- Igual a la cobertura general

7. Patologías Crónicas y Anticonceptivos:

7.1. Habilitación del beneficiario:

- Pacientes crónicos y/o con requerimiento de anticonceptivos que figuren empadronados para tal fin en el sistema de validación online. **REQUIERE VALIDACION ONLINE OBLIGATORIA.**

En caso de que un paciente no figure habilitado en dicho sistema con cobertura diferencial y así lo requiera, debe ser derivado a OSPRERA para su empadronamiento.

7.2. Recetario:

- Igual a la cobertura general.

7.3. Productos Cubiertos:

- De acuerdo a lo que figura empadronado para cada beneficiario en el sistema de validación online.

7.4. Descuento:

- **70% o 100%** según lo que indique el sistema de validación online.

7.5. Límites de cantidades:

- Según lo que indique el sistema de validación online.

8. Productos Cubiertos:

Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM vigente de la entidad.

9. Autorizaciones Especiales:

**Estas recetas NO SE VALIDAN electrónicamente.
Debe efectuarse DECLARACIÓN DE DISPENSA.**

Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos, cuando se hallen autorizadas por alguna de las siguientes personas en la receta o bien vía fax que la Farmacia deberá adjuntar a la receta:

- DRA. ARAOZ, VICTORIA
- DRA. FERNÁNDEZ MONTES, MARCELA
- ZALEWSKI, CLAUDIA

10. Medicamentos Faltantes:

Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta.

11. Datos a completar por la farmacia:

11.1. **NÚMERO DE TRANSACCIÓN ON LINE.** Debe indicarse en el encabezado de la receta "TR: XXXX", o bien puede imprimirse el comprobante que emite el sistema.

11.2. Fecha de venta;

11.3. Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo.

11.4. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales)



OSPRERA

AMBULATORIO – CRÓNICOS – ANTICONCEPCIÓN - PMI



COMPAÑÍA

de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 700- CÓDIGO INTEGRADOR: ospreragral

ANEXO I - CIRCULAR 91/25 B

11.5. La farmacia deberá adjuntar cualquiera de los comprobantes de venta detallados:

- Ticket fiscal propiamente dicho.
- Documento no fiscal HOMOLOGADO
- Duplicado o triplicado del ticket fiscal (idéntico al original pero con una leyenda de fondo "NO FISCAL").
- Facturas A, B o C.

11.6. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

11.7. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos;

12. Recomendaciones Especiales:

12.1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente;

12.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

- De acuerdo al orden de la prescripción.
- Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
- Se sugiere adherirlos con goma de pegar (sin utilizar abrochadora o cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).

12.3. Los troqueles deberán ajustarse a lo siguiente:

- Encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencias o marcas de sustancias adhesivas).
- Sin signos de desgaste del material en todo o parte del troquel.
- Sin impresiones mediante sellos de cualquier tipo de leyendas legibles o no.
- Sin diferencias en tamaño, grosor y/o color del troquel para un mismo producto, presentación y lote.
- No deberán presentar cualquier otro signo que otorgue carácter dudoso al troquel.

12.4. Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa;

12.5. Sistema de Trazabilidad:

Es **obligatorio dar cumplimiento, en los casos que sea aplicable, al Sistema de Trazabilidad** establecido en la Res. 435/11 MS y las Disposiciones 3683/11 y 1831/11 ANMAT, ya sea mediante el propio sistema informático de su farmacia o bien de la página web provista al efecto por la ANMAT.

Cabe señalar que **dicha normativa rige, cuando corresponda, para todas las coberturas de OSPRERA** indicadas en las presentes normas de atención.

13. Cierre electrónico de lotes:

MUY IMPORTANTE: Todas las **RECETAS PROCESADAS ELECTRÓNICAMENTE** deben liquidarse **OBLIGATORIAMENTE** mediante la **herramienta CIERRE DE LOTES** que provee para ello el sistema de validación. De igual modo debe procederse con las **DECLARACIONES DE DISPENSA** a fin de incluir ambas modalidades en el **Resumen de Facturación electrónico** que su **farmacia presentará en COMPAÑÍA**. Caso contrario, es motivo de rechazo de las mismas. Utilice dicha herramienta teniendo en cuenta las indicaciones del Instructivo General del sistema.

Aclaración: la **IMPRESIÓN PREVIA** del Cierre de Lote **NO** es válida para la presentación de recetas:

14. Atención de Consultas:

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de **COMPAÑÍA** al (011) 4136-9090 – Fax: (011) 4136-9001. E-mail: info@csf.com.ar, de Lunes a Viernes, de 9:00 a 18:00 horas.

Ante dificultades o consultas exclusivamente técnicas fuera de nuestro horario de atención, les solicitamos que envíe un correo electrónico a validaciones@csf.com.ar indicando en el título la palabra "Problema" más el código de su Farmacia.



OSPRERA

AMBULATORIO – CRÓNICOS – ANTICONCEPCIÓN - PMI



COMPAÑÍA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 700- CÓDIGO INTEGRADOR: ospreragral

ANEXO I - CIRCULAR 91/25 B

15. Muestra de Credenciales:



Frente

Esta credencial es personal e intransferible.
Deberá presentarla en todo requerimiento de
atención junto con su Documento de Identidad.

Importante

En caso de necesitar Urgencia Médica todos los días del año
las 24 horas y ante cualquier dificultad y/o reclamo llamar
GRATIS al 0 800 777 8725

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD - ÓRGANO DE CONTROL
0800-222-SALUD (72583) - WWW.SSSALUD.GOB.AR

Dorso

16. Muestra de recetas:

EMISION		Lugar:	Fecha:
RECETARIO Nº:		13770000011 - SAN JOSÉ (MENDOZA)	07/11/2017
N° VALID. AFIL.		13-011-00031728	

RECETARIO							
DATOS DEL BENEFICIARIO							
Apellido y Nombre: PEREZ JUAN				CUIL/T Titular: 2111111113			
Tipo y N° de Documento: DNI: 11111111				Sexo: M		Fecha de Nacimiento: 19/07/1962	
Tipo de Afiliado: RURAL				Edad: 5			
PRESCRIPCION		Cantidad Recetada	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Total	% descuento al AFILIADO	Propio Obra Social Afiliado
VOMBRE COMERCIAL		Número	Número				
VOMBRE GENERICO		Letra	Letra				
VOMBRE COMERCIAL		Número	Número				
VOMBRE GENERICO		Letra	Letra				
Diagnóstico R1:				TOTAL RECETA \$			
R2:				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 Farmacéutico	
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	
VALIDEZ DEL RECETARIO: 30 DIAS CORRIDOS A PARTIR DE LA FECHA DE EMISION, con código de barras, sello y firma de la Boca de Expendio							
RECOMENDACIONES PARA EL FARMACEUTICO							
SR. FARMACEUTICO: Previo a la dispensación de los medicamentos prescritos 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 (8458)							



OSPRERA

AMBULATORIO – CRÓNICOS – ANTICONCEPCIÓN - PMI



COMPAÑÍA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 700- CÓDIGO INTEGRADOR: ospreragral

ANEXO I - CIRCULAR 91/25 B

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	Druga	Indicaciones
1 - (uno)	BETACORT	0.05% cr.x 15 g	betametasona	
1 - (uno)	ATOPIX EMULSION	env.x 200 g	xilitol+niacinamida+mantequilla de k	



9203111453722

Médico

Nombre: AAAAAAAAAA
Matrícula: 111111111111111111

Fecha

17:11 14/11/2022

Contacto: info@uma-health.com - 0800-893-3637

www.umasalud.com - Mail: 2752, CABA, Argentina

RECETARIO



Lugar: 577000019 - CORRIENTES CAPITAL - SECC.1 (CORRIENTES)

Fecha: 15/05/2023

Nº: 65-919-65413226

Nº Valid. ARI: C2-89-1F

Cod.QR



DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre: CUERRERO CIRIO RIDUAN
Tipo y N° de Documento: DNI: 57063024
Tipo de Afiliado: RURAL
CUIL/T Titular: 20360559053
Sexo: M
Fecha de Nacimiento: 08/06/2018
Edad: 4
Beca de Expendio: 577000019 - CORRIENTES CAPITAL - SECC.1

PRESCRIPCION	Cantidad Recetada	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Total	% descuento al AFILIADO	Obra Social	Afiliado
NOMBRE COMERCIAL	Número	Número					
NOMBRE GENERICO	Letra	Letra					TROQUEL 1
NOMBRE COMERCIAL	Número	Número					
NOMBRE GENERICO	Letra	Letra					TROQUEL 2

Diagnóstico R1:
R2:
TOTAL RECETA \$
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. 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 EMISIÓN Y VERIFICANDO EL CÓDIGO DE SEGURIDAD

RECOMENDACIONES PARA EL FARMACÉUTICO

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

- Que el Beneficiario y/o Tercero interviniente firma la presente, acreditándose su identidad.
- Que la receta se encuentra 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 AEPS (6458)



OSPRERA
Diabetes

CÓDIGO DE ENTIDAD: 689

Aclaración: convenios vigentes

Aclaremos que **coexisten los convenios OSPRERA-DIABETES (689) y OSPRERA-AMBULATORIO (700).**

Por lo tanto, su farmacia deberá procesar las recetas de acuerdo al siguiente criterio:

- Recetas de medicación para el tratamiento de la diabetes: **OSPRERA-DIABETES (689)**
- Resto de las recetas: **OSPRERA-AMBULATORIO (700)**

En ese sentido, reiteramos que todo lo referido al tratamiento de la diabetes **debe ser validado EXCLUSIVAMENTE** bajo el convenio **OSPRERA-DIABETES (689)**

Por último, cabe resaltar que deberán realizar **un cierre de lote por cada convenio.**

Ante cualquier duda o inconveniente, NO RECHACE AL AFILIADO y comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de COMPAÑÍA de Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00Hs.

Sin otro particular, los saludamos atentamente.



COMPAÑÍA
de Servicios Farmacéuticos

Ante cualquier duda, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente

Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 hs.

(011) 4136-9090 | 15 4030-4952 | (011) 15 3946-9482 | (011) 15 5401-6290

info@csf.com.ar

www.csf.com.ar

www.plataformacsf.com



DIABETES



COMPAÑÍA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 689– CÓDIGO INTEGRADOR: osprrera

ANEXO I – CIRCULAR: 2/25 B

Vigente a partir del 8 de Enero de 2025.

Última revisión: Julio/25

Las marcas “@” identifican los puntos que **deben validarse OBLIGATORIAMENTE** en el momento de la venta a través del sistema de validación ingresando en www.plataformacsf.com o bien mediante los sistemas de facturación integrados.

Para **aquellas recetas no validadas electrónicamente** (por ejemplo autorizaciones especiales) deberá efectuarse una **DECLARACIÓN DE DISPENSA** en dicho sistema de validación.

En todas las **recetas validadas y declaradas electrónicamente**, la Liquidación de Recetas y **CIERRE DE LOTES** debe efectuarse **obligatoriamente** utilizando la herramienta que brinda dicho sistema para tal fin.

Los **datos consignados en las validaciones y/o declaraciones deben reflejar fielmente lo indicado en la prescripción** (beneficiario, profesional y/o institución, productos, fecha de prescripción, etc.). Caso contrario, la receta es plausible de observación y débito.

Aclaración:

El **CIERRE DE LOTES** y **DECLARACIÓN DE DISPENSA** electrónico es **OBLIGATORIO**. **SIEMPRE** deben figurar en el **RESUMEN DE FACTURACIÓN** general confeccionado a través de www.plataformacsf.com (ver punto 15).

Por lo tanto, en un mismo Resumen de Facturación electrónico debe figurar **INDISPENSABLEMENTE**:

- **VALIDACIÓN ELECTRÓNICA** de OSPRERA – DIABETES (“Plan MIXTO VALIDACIÓN”)
- **DECLARACIÓN DE DISPENSA** de OSPRERA – DIABETES para recetas sin validación online (“Plan MIXTO DECLARACIÓN”)

1. Cobertura DIABETES:

1.1. Habilitación del Beneficiario:	• Pacientes diabéticos que figuren empadronados para tal fin en el sistema de validación online. En caso de que un paciente no figure habilitado en dicho sistema con cobertura de DIABETES y así lo requiera, debe ser derivado a OSPRERA para su empadronamiento.	@
1.2. Descuento:	• 70%, 100% o bien lo que indique el sistema de validación online para los productos empadronados para cada socio. Aclaración: En caso de que el paciente requiera una medicación distinta de la autorizada en el sistema de validación, no debe ser atendido. Deberá ser derivado a OSPRERA para su empadronamiento.	@
1.3. Topes de cobertura:	• Cantidad de envases necesarios para 1 (un) mes de tratamiento según la dosis diaria empadronada. Es decir, en todos los casos el tope de cobertura es mensual. El sistema de validación indicará la <u>fecha estipulada para efectuar la próxima entrega</u> de medicación.	@

2. Recetario:

2.1. Tipo de recetario:	• Prescripción tradicional (manuscrita) propiamente dicha. • Recetarios digitales oficiales de OSPRERA con firma y sello digital de acuerdo a los requisitos de identificación de cada receta según reglamentación vigente. • Recetarios electrónicos o digitales de otros prestadores con firma y sello digital que cumplan con requisitos de identificación de cada receta (código de barra, número de receta, QR, etc.) según reglamentación vigente. • Oficial de la entidad de autogestión (según muestra) • Recetario UMA (según muestra) • Recetarios electrónicos o digitales (prescripción pre-impresa ya sea total o parcial) sin los requisitos de identificación antes mencionados pero que contengan firma y sello original del profesional. En cualquier caso, requiere validación electrónica obligatoria.
-------------------------	--



DIABETES



COMPAÑÍA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 689- CÓDIGO INTEGRADOR: osprera

ANEXO I - CIRCULAR: 2/25 B

	En el caso de recetarios electrónicos / digitales es obligatorio grabar el número correspondiente al validar dichas dispensas. Cabe recordar que por el momento, <u>debe presentarse una copia impresa de dichas prescripciones electrónicas / digitales</u>, hasta tanto finalicen los procesos de integración correspondientes.
2.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta, o bien pre impresos en recetarios electrónicos / digitales:: Les recordamos que NO es necesaria la firma y sello de la Boca de Expendio de OSPRERA en la prescripción.	• 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 por 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; <u>Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción debe estar salvadas por el profesional con su firma y sello.</u> <i>(*) 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.</i>
3.Validez de la receta:	
El día de la prescripción y los 29 días siguientes.	
<u>Aclaración:</u> los recetarios oficiales tienen una validez de 30 días entre la emisión por la Boca de Expendio y la fecha de prescripción.	
4.Productos Cubiertos:	
Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM vigente de la entidad.	
5.Autorizaciones Especiales:	
Estas recetas NO SE VALIDAN electrónicamente. Debe efectuarse DECLARACIÓN DE DISPENSA.	
Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos, cuando se hallen autorizadas por la Entidad en la receta o bien vía fax que la Farmacia deberá adjuntar a la receta.	
6.Medicamentos Faltantes:	
Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta.	
7.Datos a completar por la farmacia:	
7.1. NÚMERO DE TRANSACCIÓN ON LINE. Debe indicarse en el encabezado de la receta "TR: XXXX", o bien puede imprimirse el comprobante que emite el sistema.	
7.2. Fecha de venta;	
7.3. Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo.	
7.4. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales)	



OSPRERA

DIABETES



COMPAÑIA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 689- CÓDIGO INTEGRADOR: osprrera

ANEXO I – CIRCULAR: 2/25 B

7.5. La farmacia deberá adjuntar cualquiera de los comprobantes de venta detallados:

- Ticket fiscal propiamente dicho.
- Documento no fiscal HOMOLOGADO
- Duplicado o triplicado del ticket fiscal (idéntico al original pero con una leyenda de fondo "NO FISCAL").
- Facturas A, B o C.

7.6. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

7.7. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos;

8.Recomendaciones Especiales:

8.1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente;

8.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

- De acuerdo al orden de la prescripción.
- Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
- Se sugiere adherirlos con goma de pegar (sin utilizar abrochadora o cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).

8.3. Los troqueles deberán ajustarse a lo siguiente:

- Encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencias o marcas de sustancias adhesivas).
- Sin signos de desgaste del material en todo o parte del troquel.
- Sin impresiones mediante sellos de cualquier tipo de leyendas legibles o no.
- Sin diferencias en tamaño, grosor y/o color del troquel para un mismo producto, presentación y lote.
- No deberán presentar cualquier otro signo que otorgue carácter dudoso al troquel.

8.4. Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa;

8.5. Sistema de Trazabilidad:

Es **obligatorio dar cumplimiento, en los casos que sea aplicable, al Sistema de Trazabilidad** establecido en la Res. 435/11 MS y las Disposiciones 3683/11 y 1831/11 ANMAT, ya sea mediante el propio sistema informático de su farmacia o bien de la página web provista al efecto por la ANMAT.

Cabe señalar que **dicha normativa rige, cuando corresponda, para todas las coberturas de OSPRERA** indicadas en las presentes normas de atención.

9.Cierre electrónico de lotes:

MUY IMPORTANTE: Todas las **RECETAS PROCESADAS ELECTRÓNICAMENTE** deben liquidarse **OBLIGATORIAMENTE** mediante la herramienta **CIERRE DE LOTES** que provee para ello el sistema de validación. De igual modo debe procederse con las **DECLARACIONES DE DISPENSA** a fin de incluir ambas modalidades en el **Resumen de Facturación electrónico** que su farmacia presentará en **COMPAÑIA**. Caso contrario, es motivo de rechazo de las mismas. Utilice dicha herramienta teniendo en cuenta las indicaciones del Instructivo General del sistema.

Aclaración: la **IMPRESIÓN PREVIA** del Cierre de Lote **NO** es válida para la presentación de recetas:

10.Atención de Consultas:

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de **COMPAÑIA** al (011) 4136-9090 – Fax: (011) 4136-9001. E-mail: info@csf.com.ar, de Lunes a Viernes, de 9:00 a 18:00 horas.

Ante dificultades o consultas exclusivamente técnicas fuera de nuestro horario de atención, les solicitamos que envíe un correo electrónico a validaciones@csf.com.ar indicando en el título la palabra "Problema" más el código de su Farmacia.



OSPRA

DIABETES



COMPAÑIA

de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 689- CÓDIGO INTEGRADOR: osprea

ANEXO I - CIRCULAR: 2/25 B

11. Muestra de recetas:

OSPRA EMISION Lugar: 1377000011 - SAN JOSÉ (MENDOZA) Fecha: 07/11/2017
RECETARIO Nº: 13-011-00031728
Nº VALID. AFIL. 4130110031728

RECETARIO

DATOS DEL BENEFICIARIO
Apellido y Nombre: PEREZ JUAN CUILT Titular: 2111111113
Tipo y Nº 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
VOMBRE COMERCIAL	Número	Número					
VOMBRE GENERICO	Letra	Letra					
VOMBRE COMERCIAL	Número	Número					
VOMBRE GENERICO	Letra	Letra					

Diagnóstico R1: TOTAL RECETA \$
R2: 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 Nº Firma y Sello del Farmacéutico

Desc. S/Form. Terap. Amb. OSPRA

COMPLETAR POR EL AFILIADO O TERCERO

Aclaración de firma: Domicilio:

Firma Conforme Tipo y Nº 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 Expendio

RECOMENDACIONES PARA EL FARMACEUTICO

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

- Que el Beneficiario y/o 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 AEPS (6458)

uma
Receta médica
Código de entidad: 751
Receta de emergencia Covid-19

Datos del paciente
Nombre: AAAAAAAAAAAAAA
DNI: 111111111111111111
Obra social: OSPRA
Número de afiliado: 111111111111111111

Dx
• DISIDROSIS

Rp/

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

2023111453722

Médico
Nombre: AAAAAAAAAAAAAA
Matrícula: 111111111111111111
Fecha: 17/11/2022

Contacto: info@uma-health.com - 0800-889-3637
www.umasalud.com - Melián 2752, CABA, Argentina

OSPRA Lugar: 577000019 - CORRIENTES CAPITAL - SECC.1 Cod.QR 4130110031728
Fecha: 15/05/2023
Nº: 05-019-05413226
Nº Valid. AFIL. C2-09-1F 4130110031728

RECETARIO

DATOS DEL BENEFICIARIO
Apellido y Nombre: QUERRERO CIRIO RIDUAN CUILT Titular: 2036059003
Tipo y Nº de Documento: DNI: 57063024 Sexo: M Fecha de Nacimiento: 09/06/2018 Edad: 4
Tipo de Afiliado: RURAL Boca de Expendio: 577000019 - CORRIENTES CAPITAL - SECC.1

PRESCRIPCION	Cantidad Recetada	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Total	% descuento al AFILIADO	Precio Obra Social	Precio Afiliado
VOMBRE COMERCIAL	Número	Número					
VOMBRE GENERICO	Letra	Letra					
VOMBRE COMERCIAL	Número	Número					
VOMBRE GENERICO	Letra	Letra					

Diagnóstico R1: TOTAL RECETA \$
R2: 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 Nº Firma y Sello del Farmacéutico

Desc. S/Form. Terap. Amb. OSPRA

COMPLETAR POR EL AFILIADO O TERCERO

Aclaración de firma: Domicilio:

Firma Conforme Tipo y Nº 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 Y VERIFICANDO EL CÓDIGO DE SEGURIDAD

RECOMENDACIONES PARA EL FARMACEUTICO

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

- Que el Beneficiario y/o 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 AEPS (6458)



OSPRERA
Diabetes

CÓDIGO DE ENTIDAD: 689

Aclaración: cantidad de envases

Aclaremos que en aquellos casos en que uno o más ítems de una receta salgan rechazados en la validación con la leyenda “La cantidad a llevar del medicamento excede el máximo permitido.” su farmacia deberá hacer la prueba de dispensar un envase menos hasta que la validación sea aprobada

Es decir, en el caso de una receta en la que se prescriben 3 envases de un producto y la validación es rechazada por la leyenda antes informada, su farmacia deberá intentar **validar 2 envases y, de continuar el rechazo, validar 1 envase** hasta tanto pueda efectuar el expendio.

Ante cualquier duda o inconveniente, NO RECHACE AL AFILIADO y comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de COMPAÑÍA de Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00Hs.

Sin otro particular, los saludamos atentamente.



COMPAÑÍA
de Servicios Farmacéuticos

Ante cualquier duda, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente

Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 hs.

(011) 4136-9090 | 15 4030-4952 | (011) 15 3946-9482 | (011) 15 5401-6290

info@csf.com.ar

www.csf.com.ar

www.plataformacsf.com



OSPRERA
Diabetes

CÓDIGO DE ENTIDAD: 689

Aclaración: topes de cobertura

Aclaremos que los topes de cobertura (punto 1.3. de las normas) de OSPRERA DIABETES son los siguientes:

- **Cantidad de envases necesarios para hasta 3 (tres) meses de tratamiento según la dosis diaria empadronada.**

Cabe resaltar que en todos los casos **la cobertura estará dada de acuerdo a la prescripción médica y según lo que indique el sistema de validación.**

Asimismo, el sistema de validación indicará la fecha estipulada para efectuar la próxima entrega de medicación.

El resto de las normas continúan vigentes sin modificación.

Sin otro particular, los saludamos atentamente.