



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.

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 Nº de DNI, sin guiones ni barras . Por ejemplo:					
	<table><tr><th>NRO. DE BENEFICIARIO EN CREDENCIAL/Nº DE DNI</th><th>NÚMERO A INGRESAR</th></tr><tr><td>12.345.678</td><td>12345678</td></tr></table>		NRO. DE BENEFICIARIO EN CREDENCIAL/Nº DE DNI	NÚMERO A INGRESAR	12.345.678	12345678
	NRO. DE BENEFICIARIO EN CREDENCIAL/Nº 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::	• 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 <u>correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción</u> 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 • Sólo indica la palabra “grande” • Equivoca la cantidad y/o contenido	• El envase de menor contenido. • La presentación siguiente a la menor. • 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:

Afiliado N°	Fecha	Aut. N°	Orden	Un.	Total	A Cargo
225001	04/02/2013 01:23	3	1	MP	\$20.01	\$20.01
42000	04/02/2013 01:25	4	100	\$187.26	\$187.26	\$187.26
251003	04/02/2013 01:25	5	MP	\$68.03	\$68.03	\$68.03
Reciben:						
A Cargo del Afiliado						\$45.42
A Cargo de la Obra Social						\$229.88
Total						\$275.30

Afiliado N°	Fecha	Aut. N°	Orden	Un.	Total	A Cargo
225001	04/02/2013 01:23	3	1	MP	\$20.01	\$20.01
42000	04/02/2013 01:25	4	100	\$187.26	\$187.26	\$187.26
251003	04/02/2013 01:25	5	MP	\$68.03	\$68.03	\$68.03
Reciben:						
A Cargo del Afiliado						\$45.42
A Cargo de la Obra Social						\$229.88
Total						\$275.30

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



Dorso

16. Muestra de recetas:

OSPRERA		EMISION	Lugar: 13770000011 - SAN JOSÉ (MENDOZA)	Fecha: 07/11/2017
RECETARIO		Nº:	13-011-00031728	
Nº VALID. AFIL.				
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 Edad: 5		
Tipo de Afiliado: RURAL				
PRESCRIPCION		Cantidad Recetada	Cantidad Entregada	Precio Unitario
VOMBRE COMERCIAL	Número	Número		
VOMBRE GENÉRICO	Letra	Letra		
VOMBRE COMERCIAL	Número	Número		
VOMBRE GENÉRICO	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°
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 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 (6458)				



OSPRERA

AMBULATORIO – CRÓNICOS – ANTICONCEPCIÓN - PMI



COMPAÑÍA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 700- CÓDIGO INTEGRADOR: osprragral

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	Droga	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: AAAAAAAAAAAAAA
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)

Cod.QR →



Fecha: 15/05/2023

Nº: 65-019-65413226

Nº Valid. Afil.: C2-B9-1F

DATOS DEL BENEFICIARIO																																									
Apellido y Nombre:	QUERRERO CORDO ROLAN																																								
CUIL/T Titular:	20369599053																																								
Tipo y N° de Documento:	DNI: 57063024																																								
Sexo:	M																																								
Fecha de Nacimiento:	05/06/2018																																								
Edad:	4																																								
Tipo de Afiliado:	RURAL																																								
Beca de Expendio:	577000019 - CORRIENTES CAPITAL - SECC.1																																								
<table><thead><tr><th>PRESCRIPCION</th><th>Cantidad Recetada</th><th>Cantidad Entregada</th><th>Precio Unitario</th><th>Total</th><th>% descuento al AFILIADO</th><th>Precio Obra Social</th><th>Aliado</th></tr></thead><tbody><tr><td>NOMBRE COMERCIAL</td><td>Número</td><td>Número</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>NOMBRE GENERICO</td><td>Letra</td><td>Letra</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>TROQUEL 1</td></tr><tr><td>NOMBRE COMERCIAL</td><td>Número</td><td>Número</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>NOMBRE GENERICO</td><td>Letra</td><td>Letra</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>TROQUEL 2</td></tr></tbody></table>		PRESCRIPCION	Cantidad Recetada	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Total	% descuento al AFILIADO	Precio Obra Social	Aliado	NOMBRE COMERCIAL	Número	Número						NOMBRE GENERICO	Letra	Letra					TROQUEL 1	NOMBRE COMERCIAL	Número	Número						NOMBRE GENERICO	Letra	Letra					TROQUEL 2
PRESCRIPCION	Cantidad Recetada	Cantidad Entregada	Precio Unitario	Total	% descuento al AFILIADO	Precio Obra Social	Aliado																																		
NOMBRE COMERCIAL	Número	Número																																							
NOMBRE GENERICO	Letra	Letra					TROQUEL 1																																		
NOMBRE COMERCIAL	Número	Número																																							
NOMBRE GENERICO	Letra	Letra					TROQUEL 2																																		
Diagnóstico R1:		TOTAL RECETA \$																																							
R2:		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. Si 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 Y VERIFICANDO EL CODIGO DE SEGURIDAD																																									
RECOMENDACIONES PARA EL FARMACÉUTICO																																									
SR. FARMACÉUTICO: 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 encuentra 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 TELEFONO: 0 800 999 AEPS (6458)																																									