

**Vigente a partir del 8 de Enero 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](http://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](http://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:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pacientes diabéticos que figuren empadronados para tal fin en el sistema de validación online.</b></li> </ul> <p>En caso de que un paciente <b>no figure habilitado en dicho sistema con cobertura de DIABETES</b> y así lo requiera, <b>debe ser derivado a OSPRERA para su empadronamiento.</b></p>
1.2. Descuento:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>70%, 100%</b> o bien lo que indique el sistema de validación online para los <b>productos empadronados para cada socio.</b></li> </ul> <p><b>Aclaración:</b> 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.</p>
1.3. Topes de cobertura:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cantidad de envases necesarios para 1 (un) mes de tratamiento según la dosis diaria empadronada.</b></li> </ul> <p>Es decir, en todos los casos el tope de cobertura es mensual.</p> <p>El sistema de validación indicará la <u>fecha estipulada para efectuar la próxima entrega</u> de medicación.</p>

**2.Recetario:**

2.1. Tipo de recetario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescripción <b>tradicional (manuscrita)</b> propiamente dicha.</li> <li>• Recetarios <b>digitales oficiales de OSPRERA</b> con firma y sello digital de acuerdo a los requisitos de identificación de cada receta según reglamentación vigente.</li> <li>• Recetarios <b>electrónicos o digitales de otros prestadores con firma y sello digital que cumplan con requisitos de identificación</b> de cada receta (código de barra, número de receta, QR, etc.) según reglamentación vigente.</li> <li>• Oficial de la entidad de autogestión (según muestra)</li> <li>• Recetario UMA (según muestra)</li> <li>• Recetarios <b>electrónicos o digitales</b> (prescripción pre-impresa ya sea total o parcial) sin los requisitos de identificación antes mencionados pero <b>que contengan firma y sello original</b> del profesional.</li> </ul> <p><b>En cualquier caso, requiere validación electrónica obligatoria.</b></p>
-------------------------	---



### DIABETES

CÓDIGO DE ENTIDAD: 689- CÓDIGO INTEGRADOR: osppera

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, debe presentarse una copia impresa de dichas prescripciones electrónicas / digitales, 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::

- 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;

*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.*

### 3.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.

### 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 numero 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:

Afiliado N	Fecha	Aut. N	Orden	%	Total	A Cargo
225001	24/02/2013 01:23	3		MP	\$20.05	\$19.76
42030	24/02/2013 01:25	4	100	MP	\$187.26	\$187.26
313000	24/02/2013 01:25	5		MP	\$68.23	\$27.93
Reservas						
A Cargo del Afiliado						\$46.40
A Cargo de la Obra Social						\$229.10
Total						\$275.50

Afiliado N	Fecha	Aut. N	Orden	%	Total	A Cargo
225001	24/02/2013 01:23	3		MP	\$20.05	\$19.76
42030	24/02/2013 01:25	4	100	MP	\$187.26	\$187.26
313000	24/02/2013 01:25	5		MP	\$68.23	\$27.93
Reservas						
A Cargo del Afiliado						\$46.40
A Cargo de la Obra Social						\$229.10
Total						\$275.50

### 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](mailto: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](mailto:validaciones@csf.com.ar) indicando en el título la palabra "Problema" más el código de su Farmacia.



# OSPRA



## COMPANÍA

de Servicios Farmacéuticos

### DIABETES

CÓDIGO DE ENTIDAD: 689- CÓDIGO INTEGRADOR: osprea

ANEXO I - CIRCULAR: 2/25 B

### 11. Muestra de recetas:

		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: 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	Total	% descuento al AFILIADO	Precio Obra Social	Precio Afiliado
VOMBRE COMERCIAL	Número	Número					
VOMBRE GENERICO	Letra	Letra					TROQL
VOMBRE COMERCIAL	Número	Número					
VOMBRE GENERICO	Letra	Letra					TROQL

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 Farmacéu

**Desc. S/Form. Terap. Amb. OSPRA**

**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 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 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**

• 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+manteca de k	

9203111453722

Médico      Fecha  
 Nombre: AAAAAAAAAAAAAA      17:11 14/11/2022  
 Matrícula: 1111111111111111

Contacto: info@uma-health.com - 0800-888-3637  
www.umasalud.com - Melián 2752, CABA, Argentina

**RECETARIO**

		Lugar:	577000019 - CORRIENTES CAPITAL - SECC.1 (CORRIENTES)	Cod.QR	
		Fecha:	15/05/2023		
		N°:	65-019-05413226		
		N° VALID. AFIL:	C2-B9-1F		

**DATOS DEL BENEFICIARIO**

Apellido y Nombre: QUERRERO CIRO RIDUAN      CUIL/T Titular: 20360599053  
 Tipo y N° de Documento: DNI: 57053024      Sexo: M      Fecha de Nacimiento: 08/08/2018      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					TROQUEL 1
VOMBRE COMERCIAL	Número	Número					
VOMBRE 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 Boca de Expendio      Firma y Sello del Profesional      Matrícula N°      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 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:

- 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)