



## O.S.P.R.E.R.A – DIABETES

Cod. O.S.11021

**NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): ENERO 2025**

### COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

**VALIDACION OBLIGATORIA**

### DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

#### DESCUENTO

Plan general

#### O.S.

“Respuesta del validador”

#### AFILIADO

Se reconocerán únicamente los productos, prescriptos por nombre genérico. Los productos cubiertos con su respectivo porcentaje serán los informados según “Respuesta del validador”.

– La cobertura será para los 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.

**Tope de cobertura:** Lo necesario para cubrir hasta 3 meses de tratamiento según la dosis diaria empadronada.

**UNIDADES POR RENGLON:** Respuesta del validador.

**UNIDADES POR TAMAÑO:** Respuesta del validador.

### TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

– 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 (Modelo al pie de la Norma).



- Recetario UMA (Modelo al pie de la Norma).
- 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 el caso de los **recetarios electrónicos / digitales es obligatorio grabar el número del recetario** correspondiente al validarlas y **presentar la receta impresa**.

Datos que deben figurar en la receta (de puño y letra o pre-impresos, según corresponda):

- 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.
  - Cantidad de cada medicamento.
  - Firma y sello con número de matrícula y aclaración.
  - Fecha de prescripción.
- Prescripción por genérico según la ley Nro. 25.649/02
  - Cantidad de cada medicamento en números y letras.
  - Enmiendas del prescriptor: solo salvadas con su firma y sello (NO válido para recetas electrónicas/digitales).
  - Enmiendas del farmacéutico: salvadas por él mismo con conformidad del afiliado/tercero (NO válido para recetas electrónicas/digitales de validación obligatoria)
  - Enmiendas del afiliado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.
- 

## **VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION**

30 días desde la fecha de prescripción e incluyendo la misma.

---

## **DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION**

- Para el cobro se presentará la receta (con el sello de la farmacia y firma) junto al comprobante de validación (donde figuren todos los datos de la dispensa) con la firma y datos del afiliado o tercero.
- Se deberá colocar en la receta en número de orden correspondiente y presentarse numeradas en forma correlativa.



**COLFARMA**  
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 n° 966 | La Plata (1900)  
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30  
[www.colfarma.org.ar](http://www.colfarma.org.ar)

- 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).
- 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

## MODELOS DE RECETARIOS

### Modelo de recetario oficial

| EMISION                                                                                                                                                                                                       |                               | Lugar:                 | 1377000011 - SAN JOSÉ (MENDOZA) | Fecha:                         | 07/11/2017              |                       |          |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------|----------|---------|
| RECETARIO N°                                                                                                                                                                                                  | 13-011-00031728               |                        |                                 |                                |                         |                       |          |         |
| N° VALID. AFIL.                                                                                                                                                                                               |                               |                        |                                 |                                |                         |                       |          |         |
| <b>RECETARIO</b>                                                                                                                                                                                              |                               |                        |                                 |                                |                         |                       |          |         |
| <b>DATOS DEL BENEFICIARIO</b>                                                                                                                                                                                 |                               |                        |                                 |                                |                         |                       |          |         |
| 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                         |                        |                                 |                                |                         |                       |          |         |
| <b>PRESCRIPCION</b>                                                                                                                                                                                           |                               |                        |                                 |                                |                         |                       |          |         |
| Nombre Comercial:                                                                                                                                                                                             | Cantidad Recetada             | Cantidad Entregada     | Prezio Unitario                 | Total                          | % descuento al AFILIADO | Obras Sociales        | Afiliado |         |
| Nombre Genérico:                                                                                                                                                                                              | Nombre                        | Nombre                 |                                 |                                |                         |                       |          | TROQUEL |
| Nombre Genérico:                                                                                                                                                                                              | Lote                          | Lote                   |                                 |                                |                         |                       |          | TROQUEL |
| Nombre Genérico:                                                                                                                                                                                              | Nombre                        | Nombre                 |                                 |                                |                         |                       |          | TROQUEL |
| Nombre Genérico:                                                                                                                                                                                              | Lote                          | Lote                   |                                 |                                |                         |                       |          | TROQUEL |
| 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. S/Form. Terap. Amb. OSRPRA                                                                                                                                                                              |                               |                        |                                 |                                |                         |                       |          |         |
| <b>COMPLETAR POR EL AFILIADO O TERCERO</b>                                                                                                                                                                    |                               |                        |                                 |                                |                         |                       |          |         |
| 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 Beca de Expendio                                                                           |                               |                        |                                 |                                |                         |                       |          |         |
| <b>RECOMENDACIONES PARA EL FARMACEUTICO</b>                                                                                                                                                                   |                               |                        |                                 |                                |                         |                       |          |         |
| SR. FARMACEUTICO: Previo a la dispensación de los medicamentos prescritos y para evitar ulteriores inconvenientes, deberá considerar:                                                                         |                               |                        |                                 |                                |                         |                       |          |         |
| 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 SERA RECHAZADA. POR CUALQUIER CONSULTA NO DUDÉ EN COMUNICARSE AL TELÉFONO: 0 800 999 AEPs (8458) |                               |                        |                                 |                                |                         |                       |          |         |

### Modelo de Recetario UMA:

| Uma                                                  |                      | Receta médica    |                                       |              |
|------------------------------------------------------|----------------------|------------------|---------------------------------------|--------------|
| Código de entidad 751                                |                      |                  |                                       |              |
| Receta de emergencia Cond 59                         |                      |                  |                                       |              |
| <b>Datos del paciente</b>                            |                      |                  |                                       |              |
| Nombre:                                              | XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX |                  |                                       |              |
| DNI:                                                 | XXXXXXXXXXXX         |                  |                                       |              |
| Obras sociales:                                      | OSRPRA               |                  |                                       |              |
| Número de afiliado:                                  | XXXXXXXXXXXX         |                  |                                       |              |
| <b>Diagnóstico</b>                                   |                      |                  |                                       |              |
| R1: _____                                            |                      |                  |                                       |              |
| R2: _____                                            |                      |                  |                                       |              |
| <b>Rp/</b>                                           |                      |                  |                                       |              |
| Cantidad                                             | Producto             | Presentación     | Origen                                | Indicaciones |
| 1 - Jaral                                            | BETACORT             | 0.05% en x 15 g  | Inflamatorios                         |              |
| 1 - Jaral                                            | ATOPRIX EMULSION     | amc x 200 g      | alérgico-inflamatorio-mantenido de la |              |
| <b>9203111453722</b>                                 |                      |                  |                                       |              |
| <b>Médico</b>                                        |                      | <b>Fecha</b>     |                                       |              |
| Nombre:                                              | AAAAAAAAA            | 17.11.14/11/2017 |                                       |              |
| Matrícula:                                           | 11111111111111       |                  |                                       |              |
| <b>9203111453722</b>                                 |                      |                  |                                       |              |
| Contacto: info@uma-receta.com - 0800 888 3437        |                      |                  |                                       |              |
| uma-receta.com - Calle 5 N° 966, La Plata, Argentina |                      |                  |                                       |              |

**Modelo de Recetario AUTOGESTIÓN:**

[illegible]

## RESUMEN

## Planilla: Carátula On Line

Cantidad: Una

Presentación: Mensual

## CUIT

30-59766504-7

**CTRL F:** para buscar palabra clave

WEB: [WWW.COLFARMA.ORG.AR](http://WWW.COLFARMA.ORG.AR) /

Para consultas sobre esta norma de atención comunicarse a Mesa de Ayuda:

mail: [ayudaonline@colfarma.org.ar](mailto:ayudaonline@colfarma.org.ar) / Tel: 0810 333 4133 / wsp: 011 51476648