



**OSETRA**



## VALIDACIÓN OBLIGATORIA

La validación on line de las recetas de OSETRA es obligatoria.

Al validador se accede desde el siguiente link: <https://sinval.ddaval.com.ar/>

Si Uds. desea homologar su software de gestión favor de enviar la correspondiente solicitud al mail: [sosporte@audibaires.com.ar](mailto:sosporte@audibaires.com.ar)

Para acceder al validador se requiere de usuario y password, en caso de no contar con dichas claves, favor de solicitarlas a su entidad representativa.

Toda receta no validada será indefectiblemente debitada, salvo que posea autorización expresa de OSETRA.

## DESCUENTO A CARGO DE OSETRA

<b>AMBULATORIO</b>	60%
<b>CRONICOS</b>	70 % Con autorización previa
<b>PMI</b>	100%
<b>AUTORIZADOS</b>	Medicación o coberturas especiales (ejemplo discapacidad): contarán con autorización previa de OSETRA que consignará porcentaje de cobertura, en caso de no contar con dicho porcentaje, la cobertura será del 60%.

## DOCUMENTACION DEL BENEFICIARIO

El afiliado accede a la atención con la presentación de la credencial digital que contiene:

- Nombre y apellido
- Número de socio DNI

Agregando:

- DNI en formato físico/digital.



## RECETARIO

<b>TIPO</b>	Recetario de médicos, entidades habilitadas y digital de RCTA (Ver Modelo). No serán válidos recetarios de entrega gratuita/publicidad etc.
<b>VALIDEZ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>30 (treinta)</b> días a partir de la fecha de prescripción o autorización, según corresponda, e incluyendo la misma.</li> <li>• <b>Recetas Crónicas: 120 (ciento veinte)</b> días a partir de la fecha de prescripción o autorización, según corresponda, e incluyendo la misma.</li> </ul>



### Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:

- Apellido y Nombre del Beneficiario.
- Número de afiliado.
- Medicamentos recetados y cantidad de c/u en números y letra. Detalle de los medicamentos: según lo indicado en la receta se deberá completar Medicamento Prescripto por nombre Genérico / Forma Farmacéutica y Dosis por Unidad (cantidad o la concentración de principio activo que tiene cada unidad). Siendo optativo sugerencia de marca comercial.
- Diagnóstico presuntivo.
- Firma y sello o aclaración con número de matrícula del profesional.
- Fecha de prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.

**TODOS LOS CAMBIOS DE TINTA, ENMIENDAS Y/O AGREGADOS EN LA RECETA deben ser salvados por el médico con sello y firma.**



## LÍMITES DE CANTIDADES

<b>CANTIDAD DE RENGLONES</b>	hasta 3 (tres) Por receta.
<b>POR RECETA</b>	hasta 5 (cinco) envases.
<b>POR RENGLON</b>	Hasta 1 sin leyenda y hasta 2 con leyenda "Tratamiento Prolongado"
<b>ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS</b>	Hasta 5 (cinco) por receta.
<b>ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS</b>	hasta 1 por receta.
<b>Si no indica cantidad de envases Deberá entregarse: Un envase</b>	

## LÍMITES DE TAMAÑO

Hasta dos del mayor tamaño por renglón con leyenda "Tratamiento Prolongado", sin superar los 5 envases por receta.

- Si en la receta se omitiera o errase la concentración de droga y/o forma farmacéutica y no fuera única presentación, no se dispensará.
- Cuando el médico: No indica tamaño, deberá entregarse, el primer tamaño.
- Si indica tamaño "Grande", deberá entregarse, el siguiente al primer tamaño.

## PSICOFARMACOS

El profesional debe confeccionar además un segundo recetario de acuerdo a las normas legales de vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia. No tienen validez las recetas fotocopiadas.



## PLAN MATERNO INFANTIL

100% de descuento para la madre desde el momento de la detección del embarazo hasta un mes posterior al parto y para el recién nacido hasta el año de vida. Los medicamentos reconocidos en este plan se deberán corresponder con el embarazo y para niños hasta el año de vida.

**LECHES MATERNIZADAS o MEDICAMENTOSAS:** Exclusivamente con autorización previa.

## DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

**La ausencia de alguno de estos ítems podrá ser motivo de débito.**

- Adjuntar los troqueles.
- Fecha de venta.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira con nombre completo, domicilio, teléfono y DNI.
- Adjuntar copia del ticket fiscal de venta o ticket homologado y consignar el valor de cada producto en la receta con el descuento correspondiente.
- Consignar los importes: total, a cargo de OSETRA, a cargo afiliado.



## EXCLUSIONES

Los descuentos indicados en este instructivo se aplican sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta incluidas en el Manual Farmacéutica o Agenda Kairos.

## MODELO DE CREDENCIAL



# MODELO DE AUTORIZACIONES



**Estado AUTORIZADA**

# Autorización: 44444  
 Fecha de la orden: 11-06-2024 Fecha autorización: 11-06-2024  
 Apellido y nombre: [REDACTED]  
 # Beneficiario: [REDACTED] Dni: [REDACTED]  
 Solicitante: [REDACTED]  
 Diagnostico: [REDACTED]  
 Prestador Asignado: Carilla Abierta  
 Telefono: [REDACTED]  
 Direccion: [REDACTED]  
 Detalla:  
 1 DEXAMETASONA 4 MG | Descuento: 0.00 %  
 1 AMOXICILINA 500 MG X 5 ML | Descuento: 0.00 %

Firma y sello del medico auditor

**OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DEL TABACO DE LA R.A.**  
 INSCRIPCIÓN A.N.S.S.A.L. 3-2066-3 (EX-0068/16)  
 Bolivia 384 (1400), Buenos Aires, Argentina - Tel./ Fax: (05411) 4637-3232 # 36  
 E-mail: osetra@obra.tabacos.com.ar

**PLANILLA MEDICACION CRONICA**

NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO: Moselo A  
 Nº DE AFILIADO: 000 | 00

MEDICAMENTO	DOSIS	FORMULACION	CANTIDAD CAJAS MENSUALES	% COBERTURA (Medico Auditor OSETRA)
Hydrocortisona 200 (Dinex)	12,5	Comp. x 30	2	70%
Amlopidina	5	Comp. 30	2	70%

FECHA/ FIRMA / SELLO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE VALIDEZ / FIRMA/ SELLO AUDITORIA MEDICA: \_\_\_\_\_  
 Dra. Rita Gladys Mulliz  
 Directora Medica OSETRA  
 R.N. 143281 - M.P. 334255  
 Valido Hasta: 10/06/2025

**OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DEL TABACO**

Dirección: Bolivia 384 - C.A.B.A.  
 Tel/Fax: (011) 4637-3232

100011765  
 CUIT: 30-66127309-3  
 Inicio Act.: 02/09/1991

Afiliado: 90900 [REDACTED] Delegación: 001 - Casa Central Fecha: 07/06/24  
 Diagnóstico: Control [REDACTED] 89 Años Femenino Plan PMO Ambulatorio LBA  
 Observaciones: [REDACTED]

Nombre Comercial	Droga	Unidades	Presentación	Potencia	% Rec	Cant
POLPER B12 FORTE	AMINOACIDOS+VIT.B12	30	COMPRIMIDOS	No Aplica	80	1
COMPLEGEL NOVO	COLINDIPOSFATO DE CIIODINA	30	COMPRIMIDOS	250 Miligramos	80	1
RAQUIFEROL	COLECALCIFEROL (VIT D3)	1	FRASCO	Milros	80	1
SUPRADYN PRONATAL (PRENATAL NF)	VIT.+MINERALES	30	COMPRIMIDOS	No Aplica	80	1

**VALIDEZ DE ESTA ORDEN 60 DIAS**

Firma Beneficiario Fecha: \_\_\_\_\_ Firma y sello Efector Fecha: \_\_\_\_\_



## MODELO RECETA DIGITAL

 2909013160201		 27287674177
Pablo Matias Lescano MEDICO TRAUMATOLOGO Matrícula Prov.:6783		
Paciente: <input type="text"/>	Sexo: Femenino	
DNI: <input type="text"/>		
PLAN:   N° Credencial: <input type="text"/>		
<b>Rp:</b>  ACTRON - ibuprofeno - caps.gelat.blanda x 20 Cantidad: 1 (uno)  <b>Diagnóstico:</b> G441 - CEFALEA VASCULAR, NCOP  <i>Esta receta fue creada por un emisor inscripto en el Registro de Recetarios          Electrónicos implementado por el Ministerio de Salud de la Nación.</i>		
		 Dr P Matias Lescano Jefe Cuyo Mat 6783
		FIRMA Y SELLO
02/07/2024	Medico Traumatologo Pablo Matias Lescano Atención al cliente 0800-888-0095 Atención urgencias 0800-888-0093	
 <a href="#">Ver link</a>		

Los afiliados pueden presentar la receta digital a la farmacia y tiene diferentes vías para acceso a los medicamentos prescritos:

- Envían por whatsapp al de la farmacia y esta lo imprime.
- Envían por mail al mail de la farmacia y esta lo imprime
- El afiliado lleva la receta impresa.

