Normas de atención

OSETRA

FACAF
FEDERACIÓN ARGENTINA
DE CÁMARAS DE FARMACIAS

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: **soporte@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

AMBULATORIO	60%
CRONICOS	70 % Con autorización previa
PMI	100%
AUTORIZADOS	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%.

DOCUMENTACIÓN 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	
TIPO	Recetario de médicos, entidades habilitadas y digital de cualquier tipo. No serán válidos recetarios de entrega gratuita/publicidad etc.
VALIDEZ	• **30 (treinta)** días a partir de la fecha de prescripción o autorización, según corresponda, e incluyendo la misma. • **Recetas Crónicos: 120 (ciento veinte)** días a partir de la fecha de prescripción o autorización, según corresponda, e incluyendo la misma.

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.
- 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	
CANTIDAD DE RENGLONES	hasta 3 (tres) Por receta.
POR RECETA	hasta 5 (cinco) envases.
POR RENGLON	Hasta 2 (dos)
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS	Hasta 5 (cinco) por receta.
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS	hasta 1 por receta.
Si no indica cantidad de envases Deberá entregarse: Un envase	

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

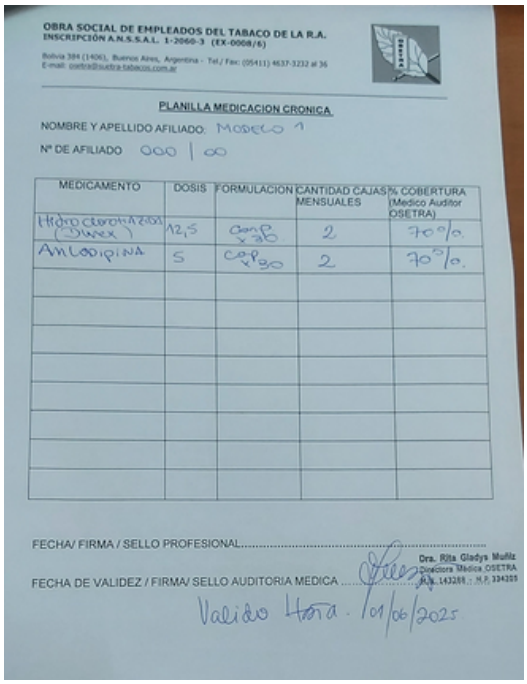
Estado AUTORIZADA

Autorizacion: 44444
Fecha de la orden: 11-06-2024 Fecha autorizacion: 11-06-2024
Apellido y nombre: [redacted]
Beneficiario: [redacted] Dni: [redacted]
Solicitante:
Diagnostico:

Prestador Asignado: Cartilla Abierta
Telefono:
Direccion:

Detalle:
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. 1-2060-3 (EX-0008/6)

PLANILLA MEDICACION CRONICA

NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO: MODELO 1
Nº DE AFILIADO 000 | 00

MEDICAMENTO	DOSIS	FORMULACION	CANTIDAD CAJAS MENSUALES	% COBERTURA (Medico Auditor OSETRA)
Hidrocloratiazida (Diurex)	12,5	comp x 30	2	70 %
Amlodipina	5	comp x 30	2	70 %

FECHA/ FIRMA / SELLO PROFESIONAL.....
Dra. Rita Gladys Muñiz
Directora Médica OSETRA
M.N. 143288 - M.P. 334305
FECHA DE VALIDEZ / FIRMA/ SELLO AUDITORIA MEDICA.....
Valido Hasta: 01/06/2025

OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DEL TABACO
100011765
DirecciónBolivia 384 - C.A.B.A.
Tel/Fax (011) 4637-3232
Categ.Trib.Exento
CUIT 30-66127309-3
Inicio Act. 02/09/1991

100011765
Delegación001 - Casa Central Fecha 07/06/24
Afiliado 90900 [redacted] [redacted] 89 Años Femenino Plan PMO Ambulatorio
Diagnóstico Control LBA
Observaciones [redacted]

Practica Indicada

Nombre Comercial	Droga	Unidades	Presentación	Potencia		% Rec	Cant
POLPER B12 FORTE	AMINOACIDOS+VIT.B 12	30	COMPRIMIDOS		No Aplica	80	1
COMPLEGEL NOVO	COLINDIFOSFATO DE CITIDINA	30	COMPRIMIDOS	250	Miligramos	80	1
RAQUIFEROL	COLECALCIFEROL (VIT D3)	1	FRASCO		Mililtros	80	1
SUPRADYN PRONATAL (PRENATAL NF)	VIT.+MINERALES	30	COMPRIMIDOS		No Aplica	80	1

Firma Beneficiario Fecha: | VALIDEZ DE ESTA ORDEN 60 DIAS | Firma y sello Efector Fecha:

RECETA DIGITAL

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

- 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.

MUY IMPORTE:

- **El validador reconoce por el momento, solamente las recetas digitales de RCTA.**
- **La presentación de recetas digitales excepto las de RCTA requiere la impresión de las mismas.**