



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

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	<ul style="list-style-type: none"> • 30 (treinta) días a partir de la fecha de prescripción o autorización, según corresponda, e incluyendo la misma. • Recetas Crónicas: 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.

NO SE AUTORIZA NINGUN TIPO DE DESCUENTO A CARGO DE LA OBRA SOCIAL DE NINGUNA RECETA PRESENTADA EN EL MOSTRADOR DE LA FARMACIA RELACIONADO A PATOLOGIA DIABETES.

Esto incluye hipoglucemiantes orales (incluidos y excluidos de la Resolución 2091/2025), insulina basal, insulina de acción rápida, tiras reactivas, lancetas, agujas, glucómetros, sensores, infusores subcutáneos y demás insumos de uso específico.

Debido a una reestructuración interna y para optimizar la cobertura para nuestros afiliados de todo lo relacionado con Diabetes a nivel Nacional, esas recetas se gestionarán por vía interna desde la administración de OSETRA Central



RECETA DIGITAL

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.

MUY IMPORTE:

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

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] Dni: [Redacted]
 Solicitante: [Redacted]
 Diagnóstico:
 Prestador Asignado: Canilla 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 autor

OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DEL TABACO DE LA R.A.
 INSCRIPCIÓN A.S.S.A.L. N. 20066-3 (EX-OPORTA)
 Sucia 101 (1420), Buenos Aires, Argentina - Tel. Fax (00541) 4637-3232 al 30
 E-mail: osetra@osetra.com.ar

PLANILLA MEDICACION CRONICA
 NOMBRE Y APELLIDO AFILIADO: Maselo A
 N° DE AFILIADO: 000 | 00

MEDICAMENTO	DOSES	FORMULACION	CANTIDAD CAJAS/ COBERTURA MENSUALES	COBERTURA Medico Auditor OSETRA
PROCLORPERAZOL (Dinex)	12,5	Comp. 300	2	70% / 5
AMLOQUIPINA	5	Comp. 50	2	70% / 5

FECHA/ FIRMA / SELLO PROFESIONAL: _____
 FECHA DE VALIDEZ / FIRMA/ SELLO AUDITORIA MEDICA: Dr. Rita Olivia Muller
Valido Hasta 10/06/2025

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

Afiliado: 100011765 Delegación: 001 - Casa Central Fecha: 07/06/24
 Diagnóstico: Control
 Observación: es

Practica Indicada	Nombre Comercial	Druga	Unidades	Presentación	Potencia	% Rec	Cant
POLFER B12 FORTE	ALMINDACIDOS-VIT.B 12	30	COMPRIMIDOS	No Aplica	80	1	
COMPLEGEL NOVO	COLINDIFOSFATO DE CTRIDINA	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 Efecto Fecha: _____

