



# OSPESCHA

OBRA SOCIAL PERSONAL DE ESTACIONES DE SERVICIO, GARAGES, PLAYAS Y LAVADEROS DE LA PROVINCIA DEL CHACO

Resolución N° 506/06 SSSALUD - RNOS N°1-2770-3

E-mail: ospescha@hotmail.com.ar

Julio A. Roca N° 755- Teléfonos N° (0362) - 4444011 - 4437390 - (3500) - Resistencia - Chaco

## Normas Operativas

Vigencia: 01/08/2025

### 1. AMBITO DE APLICACIÓN:

- Validación de las recetas médicas correspondientes a la Obra Social Personal de Estaciones de Servicio, Garages, Playas y Lavaderos de la Provincia del Chaco (RNOS N°: 1-2770-3)

### 2. DESCUENTOS:

- Los descuentos se aplican sobre el precio de venta al público (PVP) sugerido por el laboratorio productor, vigente al momento del expendio y verificado mediante el sistema de validación on-line.

Tipo de plan	Ambulatorio	Autorizaciones Especiales
1: Actividad OSPESCHA	60%	70% a 100%
2: Otra actividad	40%	70% a 100%
3: Monotributistas	40%	70% a 100%

**\*Autorizaciones especiales:** Se consideran bajo esta categoría las recetas que requieran una cobertura superior al descuento ambulatorio general, en virtud de condiciones clínicas específicas. Incluyen, entre otras, prestaciones vinculadas al Plan Materno Infantil (PMI), tratamientos oncológicos, HIV/SIDA, diabetes y otras patologías crónicas, conforme a criterio médico y sujeta a evaluación y autorización previa por parte de la auditoría de la Obra Social.

**Los porcentajes mencionados se aplican exclusivamente a las especialidades medicinales incluidas en el Vademécum vigente de la Obra Social.**

### 3. REQUISITOS DE LA RECETA: VÁLIDOS PARA TODOS LOS PLANES

<b>Tipo de Recetario:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Receta Electrónica MiRx Digital (Ver Anexo)</li><li>Particular de OSPESCHA (En caso de contingencias) (Ver Anexo)</li></ul>
<b>Datos contenidos en la receta:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Denominación de la entidad.</li><li>Fecha de prescripción.</li><li>Nombre y apellido del paciente.</li><li>Edad del paciente.</li><li>Número de afiliado.</li><li>Medicamentos recetados por Denominación Común Internacional (DCI), sin sugerencia de marca.</li><li>Cantidad de cada medicamento.</li><li>Diagnóstico.</li><li>Firma y sello con número de matrícula y aclaración del médico tratante.</li></ul>

### VALIDEZ:

- Para la venta:** 30 (treinta) días corridos a partir de la fecha de emisión de la receta.
- Para la presentación:** Las liquidaciones podrán ser presentadas entre los días 1 y 10 del mes siguiente al período facturado.
- Para la refacturación:** 30 (treinta) días corridos a partir de la fecha de recepción de la liquidación correspondiente.

**Nota: Los medicamentos que no coincidan con el diagnóstico serán debitados.**

#### 4. LÍMITES CUANTITATIVOS Y CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSA DE MEDICAMENTOS

Con el fin de optimizar recursos y garantizar un acceso equitativo a las prestaciones farmacéuticas, se establecen las siguientes condiciones:

##### 1. Cantidad máxima por receta:

- Cada receta podrá incluir hasta dos (2) especialidades medicinales correspondientes a diferentes principios activos, con un máximo de dos (2) unidades por medicamento.

##### 2. Tamaño y presentación de los envases:

- Se dispensará el tamaño indicado en la receta.
- Si no se indica tamaño, se dispensará el envase de menor tamaño disponible.
- Si se consigna la palabra “grande” sin mayor precisión, se considerará el siguiente tamaño inmediato superior al menor.
- Se reconocerá como máximo una presentación “grande” por receta.

##### 3. Inyectables monodosis:

- Se reconocerán hasta cinco (5) ampollas individuales por receta, con una frecuencia máxima de una receta por mes, salvo indicación médica justificada y autorización previa de la Obra Social.

##### 4. Frecuencia de dispensación:

- La dispensa de medicamentos estará autorizada con una frecuencia no menor a 30 (treinta) días corridos entre recetas que contengan el mismo principio activo, salvo indicación médica fundada y autorización previa emitida por la auditoría de la Obra Social.

##### 5. Excepciones:

- Quedan exceptuadas de estas limitaciones las prescripciones correspondientes a tratamientos para patologías crónicas, discapacidad, condiciones especiales de cobertura reconocidas por la Obra Social o casos debidamente justificados mediante informe médico, los cuales podrán ser autorizados por vía excepcional.

##### 6. Provisión y fraccionamiento:

- En caso de no provisión de un medicamento, deberá dejarse constancia, salvo que el beneficiario solicite comprobante para su retiro posterior.
- En ningún caso y bajo ningún concepto podrá fraccionarse el contenido de un envase.

#### 5. REQUISITOS DEL AFILIADO:

##### Deberá presentar:

- Documento de identidad.
- Credencial de afiliación.
- Receta correspondiente.

**6. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:**

La farmacia deberá cumplimentar los siguientes requisitos para la validez de la receta y su reconocimiento por parte de la Obra Social:	Pegar los troqueles originales con código de barras de los productos dispensados, en el mismo orden en el que fueron prescritos
	Nº de validación.
	Fecha de dispensación
	Detalle completo de los medicamentos recetados y efectivamente dispensados.
	Importes unitarios, totales y porcentaje a cargo de la entidad
	Adjuntar copia del ticket de venta correspondiente.
	La receta y el ticket de venta deberán estar firmados por el afiliado o, en su defecto, por un tercero interviniente, quien deberá consignar su nombre completo, tipo y número de documento de identidad, firma, domicilio, número de teléfono y vínculo con el afiliado. Al momento de la dispensa, deberá exhibir su DNI como respaldo de la información consignada.
	Incluir sello de la farmacia y firma legible del director técnico de farmacia.

**PARA ACCEDER AL DESCUENTO COMERCIAL LOS TROQUELES DEBERÁN AJUSTARSE A LO SIGUIENTE:**

- Estar en perfecto estado y sin signos de uso previo, tales como perforaciones o sustancias adhesivas.
- No presentar desgaste en el material, impresión o color del troquel.
- No exhibir alteraciones o elementos que otorguen carácter dudoso o inauténtico al troquel.

**EL INCUMPLIMIENTO DE ESTOS REQUISITOS INVALIDARÁ EL RECONOCIMIENTO DEL GASTO.****7. ENMIENDAS:**

- Las correcciones y enmiendas en la prescripción de la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma.
- De existir alguna enmienda hecha por el farmacéutico en el importe abonado, la misma deberá ser salvada con firma y aclaración del afiliado en el frente y dorso de la receta.
- Los cambios evidentes en la tinta o letra que detallan los importes a cargo de la Obra Social y/o del afiliado, así como la fecha de venta deberán estar salvados con firma y sello del Director Técnico de farmacia.

**8. VALIDACIÓN ON LINE:**

- Todas las recetas deberán ser validadas en línea mediante el sistema habilitado. No se reconocerán recetas que no cuenten con número de validación digital, el cual se genera únicamente al finalizar correctamente el proceso.
- Al realizar la validación, se deberá cargar en el sistema la información coincidente con la receta física, incluyendo: nombre del afiliado, productos, cantidades, matrícula del profesional prescriptor, y fechas correspondientes. Esta coincidencia es indispensable para evitar rechazos por inconsistencias entre la validación digital y la receta física presentada.
- En caso de haberse aprobado una validación on-line sin haberse efectuado la dispensación del medicamento, la transacción deberá ser cancelada por la farmacia, a fin de evitarle al afiliado inconvenientes en futuras operaciones.
- Para obtener el número de receta digital y habilitar su uso, será obligatorio confirmar la operación en el sistema.

### 9. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:

- La cobertura se limitará a los productos que sean validados y aceptados por el sistema de validación online.
- Quedan excluidos de cobertura los medicamentos de venta libre, homeopáticos, leches no medicamentosas, preparados no específicos, recetas magistrales, artículos de perfumería, productos dietéticos y materiales descartables.
- Todo medicamento excluido de la cobertura solo podrá ser dispensado si cuenta con autorización previa de la Obra Social. La receta deberá presentarse acompañada de dicha autorización tanto al momento de la dispensa como en su posterior rendición.

### 10. AUTORIZACIONES:

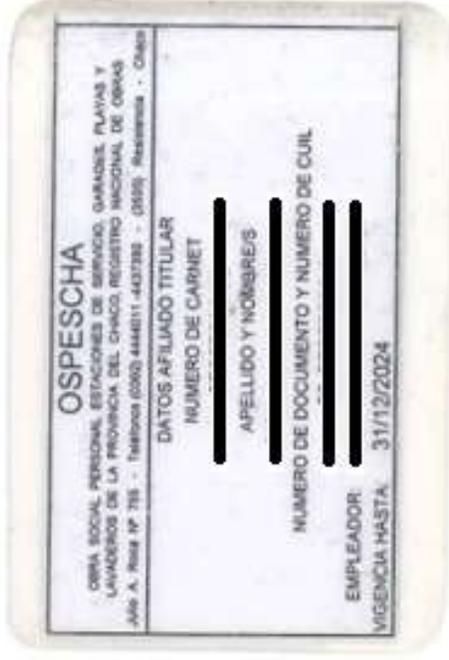
- las recetas ambulatorias que cumplan con los requisitos establecidos podrán dispensarse sin autorización previa de la Obra Social, siempre que el valor total de los medicamentos no supere los \$150.000.  
Si se supera este monto, el afiliado deberá gestionar la autorización correspondiente ante la Obra Social, la cual se emitirá a través del sistema MiRx Digital.
- Según lo estipulado para Autorizaciones Especiales, en el punto 2 de este documento, el afiliado deberá presentarse en la farmacia con la receta médica y la autorización emitida desde MiRx Digital. (Ver modelo adjunto).

### 11. PRESENTACION DE RECETAS

- La presentación deberá estar acompañada, en su frente, por la carátula generada a través del sistema MiRx Digital. En caso contrario, el lote será devuelto a la farmacia.
- El cierre del lote en línea deberá realizarse conforme al cronograma establecido e incluir únicamente recetas validadas cuyo mes de venta coincida con el mes de presentación.  
Ejemplo: Si se presenta el período 03/2024, no podrán incorporarse recetas con fecha de venta posterior al 31/03/2024.
- Las recetas deberán presentarse en lotes de hasta 100 unidades, debidamente foliadas y agrupadas según el porcentaje de descuento aplicado.
- Las recetas refactoradas deberán presentarse separadas del resto de los lotes e identificadas con el título:  
REFACTURACIÓN – PERIODO: mes/año

# Plan 1: Actividad OSPESCHA

Frente Credencial



Dorso Credencial



# Plan 2: Otra actividad

Frente Credencial

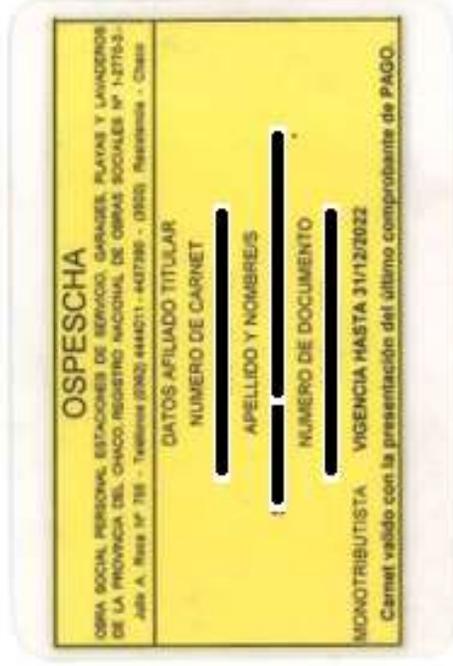


Dorso Credencial



# Plan 2: Monotributistas

Frente Credencial



Dorso Credencial



**MODELO  
RECETA  
MiRx Digital**

Recetario:



2521740070955

Nro Afiliado:



M99999999

**Afiliado:** APELLIDO, NOMBRE  
**DNI:** 99999999  
**CUIL:** 24-99999999-0  
**Fecha de Nacimiento:** DD/MM/AAAA  
**Sexo:** X  
**Cobertura:** Paciente Particular  
**Domicilio:** Alicia Moreau de Justo 2050 - CABA

RP/

- *amoxicilina, 500 mg comp.recx21 - (500mg)*  
**Cantidad:** 1  
**Diagnóstico:** A319-Infección por microbacteria, no especificada

**Fecha de Emisión:** DD/MM/AAAA**Firmado electrónicamente por:**

Dr/a. APELLIDO, NOMBRE

**REFEPS:** 541099999999**Matrícula:** MN 123 (Colegio de CABA)**Especialidad:** MEDICINA**NO Autorizado para prescripción de psicotrópicos lista III y IV y/o estupefacientes lista III****Número de teléfono:** 54 11 9999 9999**Correo electrónico:** soporte@misrx.com.ar**Dirección:** Alicia Moreau de Justo 2050 - CABA**Posología/Notas:**

1 comp. c/8hs x 7 días

Esta receta debe validarse on-line ingresando el número de recetario o autorización



Firma Electrónica:



La firma electrónica sustituye legalmente a la firma ológrafa

Banco Nacional de Medicamentos:

<https://www.argentina.gob.ar/buscador-de-precios-de-medicamentos>

Esta receta fue creada por un emisor inscripto y validador en el Registro de Recetarios Electrónicos del Ministerio de Salud de la Nación (Resolución RL-2024-9131776-APN-SSVEIYE#MS)

Modelo de  
Receta  
MiRx Digital  
Duplicado

Duplicado

Fecha de Vigencia de la Receta: DD/MM/AAAA

Recetario:



2521740070955

Nro Afiliado:



M99999999

**Afiliado:** APELLIDO, NOMBRE  
**DNI:** 99999999  
**CUIL:** 24-99999999-0  
**Fecha de Nacimiento:** DD/MM/AAAA  
**Sexo:** X  
**Cobertura:** Paciente Particular  
**Domicilio:** Alicia Moreau de Justo 2050 - CABA

RP/

- *amoxicilina, 500 mg comp.recx21 - (500mg)*  
**Cantidad:** 1  
**Diagnóstico:** A319-Infección por microbacteria, no especificada

**Fecha de Emisión:** DD/MM/AAAA

**Firmado electrónicamente por:**

**Dr/a.** APELLIDO, NOMBRE

**REFEPS:** 541099999999

**Matrícula:** MN 123 (Colegio de CABA)

**Especialidad:** MEDICINA

**NO Autorizado para prescripción de psicotrópicos lista III y IV y/o estupefacientes lista III**

**Número de teléfono:** 54 11 9999 9999

**Correo electrónico:** soporte@misrx.com.ar

**Dirección:** Alicia Moreau de Justo 2050 - CABA

**Posología/Notas:**

1 comp. c/8hs x 7 días

Esta receta debe validarse on-line ingresando el número de recetario o autorización



Firma Electrónica:



La firma electrónica sustituye legalmente a la firma ológrafa

Banco Nacional de Medicamentos:

<https://www.argentina.gob.ar/buscador-de-precios-de-medicamentos>

Esta receta fue creada por un emisor inscripto y validador en el Registro de Recetarios Electrónicos del Ministerio de Salud de la Nación (Resolución RL-2024-9131776-APN-SSVEIYE#MS)

<b>OSPESCHA</b> Julio A. Roca 755 3500 Resistencia - Chaco		CODIGO PROFESIONAL INSTITUCION	SERIE <b>A</b>	RECETA <b>297002</b>	CH	RNOS 127703	
FECHA DE EMISION	NUMERO DE BENEFICIARIO	CAT.	EDAD	FECHA DE DISP.	CODIGO DE FARMACIA	Nº DE ORDEN	
APELLIDO Y NOMBRE		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	CANTIDAD RECETADA NROS. LETRAS	CANT. ENTREG.	PRECIO UNITARIO	IMPORTE	% SIC O. SOC.
DIAGNOSTICO		FIRMA PROFESIONAL		CERTIFICO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS		TOTAL RECETAS \$	ROTULO 1
SELLO INSTITUCION		SELLO ACLARACION FIRMA Y MATRICULA Nº		SELLO FIRMA FARMACEUTICO		A CARGO BENEF. \$	
SELLO INSTITUCION		SELLO ACLARACION FIRMA Y MATRICULA Nº		SELLO FIRMA FARMACEUTICO		A CARGO O. SOCIAL \$	BENEF. <input type="checkbox"/> TERC. INTERV. <input type="checkbox"/>
ROTULO 3	ROTULO 4	ROTULO 5	ROTULO 6	ROTULO 7	FIRMA CONFORME		TIPO Nº
ACLARACION Y DOMICILIO							

### INSTRUCCIONES

- La receta deberá consignarse con tinta o bolígrafo, sin tachaduras ni enmiendas (o salvando las que se produzcan) todos los datos requeridos. Es imprescindible la firma del profesional y sello aclaratorio con Nº de matrícula.
- En la receta debe consignarse el DIAGNOSTICO y la falta del mismo ocasionará el DEBITO correspondiente.
- La validez de la receta a los fines del descuento es de quince (15) días corridos desde la fecha de prescripción.
- La denominación, cantidad y dosis del medicamento expedido deben ser coincidentes con lo expresado por el profesional.
- Los envase a entregar serán los de menor tamaño, salvo expresa indicación en contrario, en caso de presentaciones con mas de dos (2), la expresión "GRANDE", sin otra especificación, significará la inmediata siguiente a la menor.
- Se reconocerá hasta una prestación "GRANDE" y una de tamaño "MENOR" por especialidad del tamaño prescripto.
- En inyectables monodosis se reconocerán las unidades que prescriba el profesional ( hasta un máximo de cinco (5) por receta)
- Si algún medicamento no fuera provisto será testeado con indicación de esa circunstancia, salvo que el beneficiario optare por requerir un comprobante para retirarlo posteriormente.
- OSPESCHA no reconocerá descuentos sobre medicamentos de venta libre u homeopáticos, leches no medicamentosas, preparados no específicos, recetas magistrales, artículos de perfumeria, productos dietéticos, vacunas y materiales descartables.
- LOS MEDICAMENTOS QUE NO COINCIDAN CON EL DIAGNOSTICO DEL MEDICO SERAN DEBITADOS.
- LA RECETA INCOMPLETA DARA LUGAR AL DEBITO DE LA MISMA.

Modelo Autorización:

Cupón de Autorización Receta

**MisValidaciones - Datos de la receta Autorizada**

Convenio: La Segunda ART  
Código de autorización: 2500795783388  
Autorizó: [REDACTED]

Afiliado: [REDACTED]  
Nro: [REDACTED]  
Fecha Nacimiento: 1899-12-31  
Sexo: Indistinto  
Documento: 22216022

Nro.recetario: 2435521989909    Fecha receta: 2024-12-20  
Médico: PRUEBA, MEDICO LA SEGUNDA Matricula: MN 1234



2500795783388

Producto	Presentacion	Laboratorio	Cantidad	% cob.
DIOXADOL	sol.x 30 ml	Montpellier	1	100.00%

Imprimir