

(27/05/2022)

BONIFICACIÓN

Se hará una bonificación del 3% sobre el total de la receta dispensada.

En el Plan Diabetes, se hará una bonificación del 10% sobre el PVP de insulina, tiras reactivas e hipoglucemiantes.

EN PANDEMIA

Se acepta Símil receta (impresa desde algún medio electrónico), excepto que lo recetado sean Psicofármacos.

Deben contar con la leyenda de puño y letra del profesional que prescribe: *"Emergencia COVID 19"*.

Pueden ser recetarios sin membrete.

La validez de la receta puede ser de 60 días.

VALIDACIÓN

Se validan todos los planes, excepto Autorizaciones Especiales, el que debe ser informado a través de la DDM.

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	a/c Ben efi- ciari o	Con Form. Ter. (2)	Con Man ual Fco.
Ambulatorio Delta A - Krono - Quantum A-B-C	40%	60%	SI	NO
Ambulatorio Krono - Quantum D	80%	20%	SI	NO
Plan Materno Infantil (1)	100%	0%	SI	NO
Anticonceptivos	100%	0%	SI	NO
Patologías Crónicas y Diabetes	70%	30%	SI	NO
	100%	0%		
Autorizaciones Especiales (3)	X	Y	NO	SI

- Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- Formulario terapéutico de la Obra Social.
 - BAJO – Plan Delta A. Plan Krono-Quantum A y B.
 - ALTO – Plan Krono-Quantum C y D.
- La prescripción original debe estar acompañado del FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN (ver modelo más adelante) que la Obra Social extenderá vía mail o fax.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG- NOS TICO	RECETA	VALI- DEZ REC.	TRO- QUE L	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENÉRICO	NO	PARTIC ULAR (1-2)	30 Días (3)	SI	Sello: SI Manuscrito: SI

- Certificado de Autorización (planilla de la entidad) para:
 - Anticonceptivos. . Tratamiento trimestral. Entrega mensual. Cronicidad y Diabetes. Tratamiento trimestral. Entrega mensual.

- Si el paciente no figura habilitado con cobertura diferencial, debe dirigirse a ENSALUD para su empadronamiento.
- No es necesario prescripción original adicional, pero el certificado debe ser original. La primera entrega se hará con el certificado original utilizando la fecha de prescripción. En la segunda y tercera entrega, presentará fotocopia del certificado y utilizará la fecha de venta como fecha de prescripción.
- No puede realizarse más de una entrega en forma simultánea, excepto que lo indique expresamente ENSALUD en el certificado.

- Datos que deben figurar de puño y letra del profesional y con la misma tinta:
 - Denominación de la entidad (Ver ENMIENDAS);
 - Nombre y apellido del paciente;
 - Número de afiliado (Ver ENMIENDAS);
 - Medicamentos recetados por principio activo; puede indicar marca sugerida.
 - Cantidad de cada medicamento;
 - Firma y sello de médico u odontólogo, con número de matrícula y aclaración;
 - Fecha de prescripción

Datos que debe completar la Farmacia:

- Fecha de venta
 - Pegar troqueles o adjuntar código de barra
 - Importes (unitarios, a cargo afil., a cargo Obra Social, totales)
 - Comprobante de venta (documento no fiscal homologado, duplicado o triplicado del ticket fiscal o copia factura)
 - Sello de la Farmacia y firma del farmacéutico
 - Firma y datos aclaratorios de quien retira los medicamentos.
 - Validación ON LINE
- Los Certificados de Autorización tienen una validez de 90 días. Ver fecha de autorización en el margen superior derecho. Tratamiento trimestral. Entrega mensual.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	2 (a)
--	-------

- NO se cuentan repetidos.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

TAMAÑO	CANTIDAD Sin Tratamiento Prolongado	CANTIDAD Con Tratamiento Prolongado (a)
CHICO o UNICO	1	2
SUBSIGUIENTE AL CHICO	1	2
GRANDE (3º TAMAÑO o más)	1	2
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5	

(27/05/2022)

ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	1
---------------------------------	---

(a) El médico debe indicar de su puño y letra la frase "Tratamiento Prolongado", su equivalente o abreviaturas. Debe indicarse además el tamaño y/o contenido de cada uno por lo que, de omitirse este requisito, sólo se entregará un envase del menor tamaño y/o contenido existente. En estos casos debe indicarse en el sistema de Validación On Line que la receta corresponde a Tratamiento Prolongado.

PRINCIPIO ACTIVO Y CANTIDAD DE ENVASES POR AFILIADO Y POR MES

Se aplicará en los planes de cobertura general. Para el resto de las coberturas deberá dispensarse la medicación de acuerdo a lo que figure empadronado en el sistema de validación

Principio activo	Hasta 3 por mes de distinto principio activo
Envases	Hasta 2 por mes de cada principio activo

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- a) Medicamentos fuera del VADEMECUM

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) Medicamentos que figuran en VADEMECUM de la Obra Social.
b) Medicamentos o materiales autorizados por la Obra Social.

ENMIENDAS

- a) Todas las enmiendas que se hagan en el sector de la receta destinado a la farmacia, deberán ser salvadas y el afiliado deberá firmar y aclarar su firma, avalando dicha salvedad.
b) Toda enmienda hecha en la prescripción deberá ser salvada por el médico tratante bajo leyenda: "Digo(lo enmendado)" firmando y sellando el médico nuevamente lo salvado.
c) Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto y/o la denominación de la entidad haya sido omitida por el profesional, la farmacia debe repetirlo al dorso, en forma clara y correcta, indicando junto al número consignado por el médico la frase "ver al dorso". El beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad

AFILIACIÓN

Se acredita con CREDENCIAL, DNI y HABILITACIÓN ON LINE DEL BENEFICIARIO. Ingresar el número de afiliado completo como figura en la credencial, sin guiones ni barras. Por ej:

- Nro de beneficiario en credencial: 80135/00.
- Número a Ingresar: 8013500

FORMULARIO TERAPEUTICO

Las farmacias que deseen tener una copia del FORMULARIO TERAPÉUTICO deberán solicitarlo al Colegio.

RECOMENDACIONES ESPECIALES

- Colocar en la receta el número de orden correspondiente;
- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 - De acuerdo al orden de la prescripción.
 - Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
 - 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 troquel.
- Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

CIERRE ELECTRÓNICO DE LOTES

MUY IMPORTANTE: Todas las RECETAS PROCESADAS ELECTRÓNICAMENTE deben liquidarse OBLIGATORIAMENTE por la pagina web www.validacionescsf.com.ar

No deben efectuarse modificaciones manuales (tachaduras ni enmiendas) sobre el Cierre de Lotes que emite el sistema.

ACLARACIÓN: la IMPRESIÓN PREVIA del Cierre de Lote NO es válida para la presentación de recetas:

ATENCIÓN: Las recetas no procesadas electrónicamente (Autorizaciones Especiales) deben liquidarse a través de la modalidad Declaración de Dispensa Manual, desde la pagina web www.validacionescsf.com.ar

PRESENTACIÓN DE RECETAS

Todas las recetas de OSPIM no procesadas electrónicamente deben presentarse bajo un único plan "MIXTO". Es decir sin separarlas por porcentaje de descuento.

MODELO DE CREDENCIAL

(27/05/2022)



Aquí figura
el número
de afiliado.

La misma puede exhibirla el afiliado ya sea en formato
plástico o desde la web.

MUESTRA DE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN ESPECIAL



Detalle de la Solicitud 518481

Obra Social	Afinidad	Zona	Plan	Origen
OSPIM	OSPIM			RD OpciónSSS (Rel De

Extra Capita	NO		
Afiliado	DOMICILIO :		
Recetario	Fecha Receta:	Fecha Solicitud:	
	Fecha Internacion:	Derivante:	
Sede	Domicilio:		
EFECTOR	Tel:		
	Localidad: -		

DIAGNOSTICOS (CIE10)

Codigo	Descripcion
--------	-------------

PRACTICAS

Codigo	Descripcion	Solicitado Autorizado ESTADO
--------	-------------	------------------------------

Observación

Esta autorización CARECERÁ de valor y las prestaciones NO SERÁN ABONADAS si la TOTALIDAD DE LOS DATOS CONSIGNADOS no coinciden con la orden médica original.
Asimismo se le recuerda que a ítems ingresados se le adicionará 660998 (Recepción y toma de muestra) y 660677 (material descartable) cuando corresponda.

TODOSLOS ITEMS AUTORIZADOS DEBEN FACTURARSE A LOS VALORES CONVENIDOS

Esta orden ha sido gestionada a través de la página web:



MUESTRA DE CERTIFICADO DE ANTICONCEPTIVOS Y CRONICIDAD

(27/05/2022)

COBERTURA
PROGRAMA DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS
P.M.O. Res. 319/04 M.S.
Tratamiento Trimestral - Entrega Mensual

Formulario Nro: 4390

Fecha: 26/11/2019

DATOS DEL PACIENTE:
Apellido y Nombre:
Aliado N°:
D.N.I. N°:
Plan: Plan Ensalud
Titular: ☐ Familiar: ☐ Fecha Nacimiento:
Sexo: ☐ M ☐ F
Domicilio:
Localidad:
Tel:
DIAGNOSTICOS (Códigos según Res. 331/04)

CODIGO	GRUPO	DESCRIPCION	CODIGO	GRUPO	DESCRIPCION
1	1	HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL	18	5	LUPUS ERMATODERMICO SISTEMICO
2	1	HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDA	19	5	ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA
3	1	INSUFICIENCIA CORONARIA	20	5	GLAUCOMA
4	1	CARDIOPATIA ISQUEMICA	21	5	ARTROSIS REUMATOIDES JUVENIL
5	1	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGEST.	22	5	COLICIA
6	1	INSUFICIENCIA CARDIACA	23	5	DERMATOMIOSITIS
7	1	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	24	5	SINDROME DE S. COHEN
8	1	TTO. ANTICUAGULANTE	25	5	POLIMIALGIA REUMATICA
9	1	ARRITMIAS	26	5	COLITIS ULCEROSA
10	1	TERAPEUTICA ANTITROMBOTICA	27	5	ENFERMEDAD DE CROHN
11	1	PREV. 1° DE CARDIOPATIA ISQUEMICA	28	5	PARKINSON
12	1	PREV. 2° DE CARDIOPATIA ISQUEMICA	29	5	EPILEPSIA
13	2	DIABETES II TIPO (INSULINO REQUIER.)	30	7	ESQUIZOFRENIA
14	3	DIAB. (PRIMAS)	31	7	PSICOSIS ORGANICAS
15	4	HIPERTIROIDISMO	32	8	ASMA BRONQUIAL
16	4	HIPOTIROIDISMO	33	8	FRACSO DE RIÑON
17	5	ARTROSIS REUMATICA	34	8	GLAUCOMA HIPERTENSION OCULAR

INDICAR CODIGOS Y/O OTROS DIAGNOSTICOS:

Tratamiento: Indicar la prescripción por nombre(s) cubierte (ver validación en www.ensalud.org), concentración, forma y unidades según datos mensuales

INDICAR ACTIVO	FORMA	CONTENIDO	POTENCIA	CONSUMO DIARIO EN	DURACION DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD DE ENVASES
1						
2						
3						

SR. PROFESIONAL:
Indique Períodos de Tratamiento: Mes y Año
1° Período de Tratamiento:
2° Período de Tratamiento:
3° Período de Tratamiento:
Beneficiario: ☐ Tercera Intervención: ☐

CERTIFICADO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS
Período:
Sello y Firma del Farmacéutico:
Firma y Sello:
Aclaración:
Tipo y N° de Doc.:
Código por Pedido:

Total de la receta
A cargo del beneficiario
A cargo de la O.S.


Troquel	Troquel	Troquel
Troquel	Troquel	Troquel
Troquel	Troquel	Troquel

(27/05/2022)

COBERTURA ANTICONCEPCIÓN

Tratamiento Trimestral - Entrega Mensual

Formulario Nro: 4397



DATOS DEL PACIENTE:

Fecha: 26/11/2019

Apellido y Nombre:

D.N.I. N°:

Plan: Plan Ensalud

Afiliado N°:

Fecha Nacimiento:

Sexo: ☐ M ☐ F

Titular: ☐ Familiar ☐

Domicilio:

Localidad:

Tel:

PRINCIPIOS ACTIVOS CORRESPONDIENTES A DIAGNOSTICOS GRUPO 4 (Códigos Según Res.

PRINCIPIOS ACTIVOS
ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + ACETATO DE CIPROTERONA 2 mgr
ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + DESORGESTREL 0.15 mgr
ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + GESTODENO 0.06/075 mgr
ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + LEVONORGESTREL entre 0.10 y 0.30 mgr
ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + NORGESTIMATO 0.250 mgr
ETINILESTRADIOL entre 0.03 y 0.04 mgr + GESTODENO 0.05-0.1 mgr
ETINILESTRADIOL entre 0.03 y 0.04 mgr + LEVONORGESTREL entre 0.05 y 0.125 mgr
LEVONORGESTREL 0.030 mgr
LINESTRENOL 0.5 mgr

INDICAR CODIGOS YU OTROS DIAGNOSTICOS:

Tratamiento: Indicar la prescripción por monodosis cubierta (ver vademécum en www.ensalud.org), concentración, forma y unidades según dosis mensual

PRINCIPIO ACTIVO	FORMA	CONTENIDO	POTENCIA	CONSUMO DIARIO EN UNIDADES	DURACION DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD DE ENVASES
1						

S/R. PROFESIONAL:
Indique Período de Tratamiento: Mes y Año

CERTIFICO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS
Período:

Total de la receta

1° Período de Tratamiento:

2° Período de Tratamiento:

3° Período de Tratamiento:

Sello y Firma del Farmacéutico

A cargo del beneficiario

A cargo de la O.S.

DATOS A COMPLETAR
Beneficiario: ☐ Tercero Interviniente: ☐

Firma conforme:

Aclaración:

Tipo y N° de Doc.:

Troquel

Troquel

Troquel

Troquel

Troquel

Troquel

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Apellido y Nombre:

Matricula MP: MN:

Institución:

Firma y Sello