

(31/07/2024)

**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.

**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

- (1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- (2) Formulario terapéutico de la Obra Social.
  - a. BAJO – Plan Delta A. Plan Krono-Quantum A y B.
  - b. ALTO – Plan Krono-Quantum C y D.
- (3) 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**

PRESCRIPCIÓN Por nombre	DIAGNOSTICO	RECETA	VALIDEZ REC.	TROQUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
GENÉRICO	NO	PARTICULAR (1-2), ELECTRÓNICA o DIGITAL (4, 5 y 6)	30 Días (3)	SI	Sello: SI Manuscrito: SI

- (1) **Certificado de Autorización (planilla de la entidad)** para:
  - a. Anticonceptivos. Tratamiento trimestral. Entrega mensual.
  - b. Cronicidad y Diabetes. Tratamiento trimestral. Entrega mensual.
- 1.1. Si el paciente no figura habilitado con cobertura diferencial, debe dirigirse a ENSALUD para su empadronamiento.
- 1.2. 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.

1.3. No puede realizarse más de una entrega en forma simultánea, excepto que lo indique expresamente ENSALUD en el certificado.

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

Datos que debe completar la Farmacia:

- 1. Fecha de venta
- 2. Pegar troqueles o código de barra
- 3. Importes (unitarios, a cargo afil., a cargo de obra social, totales)
- 4. Comprobante de venta (documento no fiscal homologado, duplicado o triplicado del ticket fiscal o copia factura)
- 5. Sello de la Farmacia y firma del farmacéutico
- 6. Firma y datos aclaratorios de quien retira los medicamentos.
- 7. Anexar validación ON LINE

- (3) Los **Certificados de Autorización** tienen una validez de 90 días. Ver fecha de autorización en el margen superior derecho. Tratamiento trimestral. Entrega mensual.

Nota: para cronicidad, anticoncepción y autorizaciones por excepciones, sólo son válidos los formularios emitidos por OSPIM ENSALUD, según se muestran al final de la presente norma. En cambio no son válidos los formularios encabezados con el logo "IMESA-IMAGEN EN SALUD" (Ver imagen aparte).

- (4) Para el resto de los planes (no anticonceptivos, ni diabetes ni Cronicidad), pueden ser recetarios particulares (con prescripción manuscrita) o
- (5) Recetarios electrónicos que contengan código de barra, QR, etc. Con firma y sello digital del médico. El afiliado debe concurrir con la receta impresa y la farmacia cargar todos los datos correspondientes al momento de ingresar para validar.

- (6) Recetarios con prescripción pre impresa total o parcial, sin código de barras o QR, pero sí con el sello y la firma del médico en original.

**MEDICAMENTOS POR RECETAS**

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

- 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

**(31/07/2024)**

SUBSIGUIENTE AL CHICO	1	2
GRANDE (3º TAMAÑO o más)	1	2
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5	
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

**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.plataformacsf.com](http://www.plataformacsf.com)

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.plataformacsf.com](http://www.plataformacsf.com)

**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**



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

(31/07/2024)

MUESTRA DE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN ESPECIAL

Obra Social	Afinidad	Zona	Plan	Origen
OSPIM	OSPIM			RD OpciónSSS (Rel De
Extra Capita	NO			
Afiliado	DOMICILIO :			
Recetario	Fecha Receta:	Fecha Solicitud:		
	Fecha Internación:			
	Derivante:			
Sede EFECTOR	Domicilio:			
	Tel:			
	Localidad: -			
DIAGNOSTICOS (CIE10)				
Codigo	Descripción			
PRACTICAS				
Codigo	Descripción	Solicitado	Autorizado	ESTADO
<b>Observación</b>				
<p>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.</p> <p>Asimismo se le recuerda que a ítems ingresados se le adicionará 660998 (Recepción y toma de muestra) y 660677 (material descartable) cuando corresponda.</p>				
<p>TODOSLOS ITEMS AUTORIZADOS DEBEN FACTURARSE A LOS VALORES CONVENIDOS</p>				
<p>Esta orden ha sido gestionada a través de la página web:</p>				
				



MUESTRA DE FORMULARIO DE ANTICONCEPTIVOS Y CRONICIDAD

(31/07/2024)

COBERTURA PROGRAMA DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS P.M.O. Res. 318/04 M.S. Tratamiento Trimestral - Entrega Mensual		Formulario Nro: 4390		Fecha: 26/11/2019			
DATOS DEL PACIENTE:							
Apellido y Nombre: .....							
Afiliazo N°: .....		D.N.I. N°: .....		Plan: Plan Ensalud			
Titular: <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Fecha Nacimiento: .....		Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		Tel: .....			
Domicilio: .....		Localidad: .....		Tel: .....			
DIAGNÓSTICOS (Códigos según Res. 331/04)							
CODIGO	GRUPO	DESCRIPCION	CODIGO	GRUPO	DESCRIPCION		
1	1	HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL	18	5	LUPUS ERMATOSO SISTEMICO		
2	1	HIPERTENSION ARTERIAL SECUND.	19	7	ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA		
3	1	NEFROCIOSIS COLOMBIANA	20	4	GITA PSÓQUICA		
4	1	CARDIOPATÍA ISQUEMICA	21	5	ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL		
5	1	MIOPATIAS CARDIACA CONGEST.	22	3	ESCLEROSIS		
6	1	INSUFICIENCIA CARDIACA	23	2	DERMATOMIOSITIS		
7	1	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	24	5	SINDROME DE SJOOGREN		
8	1	TTO. ANTICUAGULANTE	25	5	POLIUMIQUÍA REUMÁTICA		
9	1	ARITMIAS	26	3	SOLITIS DE LA CÉREBRA		
10	1	TERAPEUTICA ANTIAGREGANTE	27	5	ENFERMEDAD DE CROHN		
11	1	PREV. 1° DE CARDIOPATIA ISQUEM.	28	5	PARKINSON		
12	1	PREV. 2° DE CARDIOPATIA ISQUEM.	29	5	EPILEPSIA		
13	2	DIABETES II (NO INSULINO REQUIR.)	30	7	ESQUIZOFRENIA		
14	3	DISLIPIDIAS	31	7	PSICOSIS ORGANICAS		
15	4	HIPERTICIDISMO	32	8	ASMA BRONQUIAL		
16	4	HIPERTICIDISMO	33	8	FIBROSIS QUÍQUICA		
17	5	ARTRITIS REUMA TOIDA	34	5	GLAUCOMA HIPERTENSION OCULAR		
INDICAR CÓDIGOS Y/LU OTROS DIAGNÓSTICOS:							
Tratamiento: Indicar la prescripción por nombre(s) cubierte (ver validación en <a href="http://www.ensalud.org">www.ensalud.org</a> ), concentración, forma y unidades según datos mensuales							
INDICAR CÓDIGOS Y/LU OTROS DIAGNÓSTICOS	FORMA	CONTENIDO	POTENCIA	CONSUMO DIARIO EN	DURACION DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD DE ENVASES	
1							
2							
3							
SR. PROFESIONAL: Indique Períodos de Tratamiento: Mes y Año		CERTIFICÓ ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS		Total de la receta			
1° Período de Tratamiento: .....		Período: .....		A cargo del beneficiario			
2° Período de Tratamiento: .....		Sello y Firma del Farmacéutico		A cargo de la O.S.			
3° Período de Tratamiento: .....							
DATOS A COMPLETAR		Troquel		Troquel		Troquel	
Beneficiario <input type="radio"/> Tercero Intervenido <input type="radio"/>							
Firma del enfermo: .....		Troquel		Troquel		Troquel	
Adscripción: .....							
Tipo y N° de Doc.: .....		Troquel		Troquel		Troquel	
DATOS DEL MEDICO TRATANTE							
Apellido y Nombre: .....							
Matrícula MP: ..... MN: .....							
Institución: .....							
Domicilio: .....							
Firma y Sello							

(31/07/2024)

COBERTURA ANTICONCEPCIÓN		Formulario Nro: 4397	ENSALUD			
Tratamiento Trimestral - Entrega Mensual						
DATOS DEL PACIENTE:			Fecha: 26/11/2019			
Apellido y Nombre: .....						
Afiliado N°:	D.N.I. N°:	Plan: Plan Ensalud				
Titular <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Fecha Nacimiento: .....		Sexo: M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>				
Domicilio: .....	Localidad: .....	Tel: .....				
<b>PRINCIPIOS ACTIVOS CORRESPONDIENTES A DIAGNOSTICOS GRUPO 4 (Códigos Según Res.)</b>						
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 Y/U OTROS DIAGNOSTICOS:						
Tratamiento: Indicar la prescripción por monodosis cubierta (ver vademécum en <a href="http://www.ensalud.org">www.ensalud.org</a> ), concentración, forma y unidades según dosis mensual						
PRINCIPIO ACTIVO	FORMA	CONTENIDO	POTENCIA	CONSUMO DIARIO EN UNIDADES	DURACION DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD DE ENVASES
1						
SR. PROFESIONAL: Indique Período de Tratamiento: Mes y Año		CERTIFICO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS Período: .....		Total de la receta		
1° Período de Tratamiento: .....				A cargo del beneficiario		
2° Período de Tratamiento: .....				A cargo de la O.S.		
3° Período de Tratamiento: .....		Sello y Firma del Farmacéutico				
DATOS A COMPLETAR Beneficiario <input type="radio"/> Tercero interviniente <input type="radio"/>		Troquel	Troquel	Troquel		
Firma conforme: .....						
Aclaración: .....		Troquel	Troquel	Troquel		
Tipo y N° de Doc: .....		Troquel	Troquel	Troquel		
DATOS DEL MEDICO TRATANTE				Firma y Sello		
Apellido y Nombre: .....						
Matricula MP:..... MN: .....						
Institución:.....						
Ente por: Hoja						