

**(01/05/2025)**

**BONIFICACIÓN**

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

En el plan Diabetes: (calcular sobre precio de venta al público):

- Insulinas e Hipoglucemiantes inyectables 15%
- Hipoglucemiantes orales 10%
- Lancetas y Tiras Reactivas 10%
- Jeringas y Agujas 10%
- Medidores de Glucosa 10%

**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**

PRESCRIP-	DIAG	RECETA	VALI-	TRO-	FIRMA Y
-----------	------	--------	-------	------	---------

CIÓN Por nombre	NOST ICO		DEZ REC.	QUEL	ACLARAC. DEL MEDICO
GENÉRICO	NO	PARTICU LAR (1-2), ELECTR ÓNICA 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)

**(01/05/2025)**

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
SUBSIGUIENTE AL CHICO	1	2
GRANDE (3º TAMAÑO)	1	2

o más)		
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,

(01/05/2025)

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

1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente;
2. 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).
3. 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.
4. 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



Aquí figura el número de afiliado.

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

(01/05/2025)

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	Descripcion				
PRACTICAS					
Codigo	Descripcion	Solicitado Autorizado ESTADO			
<b>Observación</b>					
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 items ingresados se le adicionará 660998 (Recapción y toma de muestra) y 660677 (material descartable) cuando corresponda.					
TODOS LOS ITEMS AUTORIZADOS DEBEN FACTURARSE A LOS VALORES CONVENIDOS					
Esta orden ha sido gestionada a través de la página web:					
					

		Autorización de Medicamento	
		Fecha N°	
		Centro de atención Sede Central	

MUESTRA DE FORMULARIO DE ANTICONCEPTIVOS Y CRONICIDAD

(01/05/2025)

COBERTURA PROGRAMA DE PATOLOGIAS CRÓNICAS P.M.O. Nro: 31004 M.S. Tratamiento Trimestral - Entrega Mensual		ENSALUD Asesoramiento y Control				
		Formulario Nro: 4390	Fecha: 26/1/2019			
DATOS DEL PACIENTE:						
Apellido y Nombre: _____						
Aliado N°: _____		D.N.I. N°: _____				
Titular: <input type="radio"/> Familiar <input type="radio"/> Fecha Nacimiento: _____		Plan: Plan Ensalud				
Domicilio: _____		Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F				
Localidad: _____		Tel: _____				
DIAGNOSTICOS (Códigos según Res. 331/04)						
CODIGO	GRUPO	DESCRIPCION	CODIGO	GRUPO	DESCRIPCION	
1	1	HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL	16	3	ULUS ERITIMATOSI: SITEMICO	
2	1	HIPERTENSION ARTERIAL SECUND.	19	3	ESCLEROSI SISTÉMICA PROGRESIVA	
3	1	INSUFICIENCIA CORONARIA	30	4	GOTA CRÓNICA	
4	1	CARDIOPATIA ISQUEMICA	21	2	ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIS	
5	1	INSUFICIENCIA CORONARIA CONGEST.	22	8	DERMATOSITIS	
6	1	INSUFICIENCIA CARDIACA	23	1	DERMATOMYOSITIS	
7	1	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	24	5	SINDROME DE SJOGEREN	
8	1	TTD. ANTICOAGULANTE	25	3	POLIMIALGIA REUMÁTICA	
9	1	ASITICAS	26	2	OLIGITIS ULTRAVIA	
10	4	TERAPEUTICA ANTIAGREGANTE	27	5	ENFERMEDAD DE CRONIN	
11	1	PREY 1° DE CARDIOPATIA ISQUEM.	28	8	HARKINSON	
12	1	PREY 2° DE CARDIOPATIA ISQUEM.	29	8	SPILEPSIA	
13	2	DIABETES II (NO INSULINO REQUIR.)	30	7	ESQUISOFRENIA	
14	3	DIS. BIPOLAR	31	7	PSICOSIS ORGANICAS	
15	4	HIPERTIROIDISMO	32	8	ASMA BRONQUIAL	
16	4	HIPOTIROIDISMO	33	8	FIBROSIS QUÍSTICA	
17	5	ARTRITIS REUMATOIDEA	34	3	GLAUCOMA (HIPERTENSION OCULAR)	
INDICAR CÓDIGOS Y/O OTROS DIAGNÓSTICOS:						
Tratamiento: Indicar la prescripción por medicamentos cubiertos (ver validación en <a href="http://www.ensalud.org">www.ensalud.org</a> ), concentración, forma y unidades según debe manejar						
INDICACION ACTIVA	FORMA	CANTIDAD	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 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 Intervenido <input type="radio"/>		Troquel		Troquel		Troquel
Firma médica: _____						
Aclaración: _____		Troquel		Troquel		Troquel
Tipo y N° de Soc.: _____		Troquel		Troquel		Troquel
DATOS DEL MEDICO TRATANTE						
Apellido y Nombre: _____						
Matrícula MP: _____ MN: _____						
Institución: _____						
Código por médico		Firma y Sello				

(01/05/2025)

COBERTURA ANTICONCEPCIÓN Tratamiento Trimestral - Entrega Mensual		Formulario Nro: 4397	ENSALUD			
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>						
<b>PRINCIPIOS ACTIVOS</b>						
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:						
<small>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</small>						
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		CERTIFICADO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS Período: ...../...../.....		Total de la receta		
1º Período de Tratamiento: ...../...../.....		Sello y Firma del Farmacéutico		A cargo del beneficiario		
2º Período de Tratamiento: ...../...../.....				A cargo de la O.S.		
3º Período de Tratamiento: ...../...../.....						
DATOS A COMPLETAR Beneficiario <input type="radio"/> Tercero interviniente <input type="radio"/>		Troquel	Troquel	Troquel		
Firma conforma: _____		Troquel	Troquel	Troquel		
Aclaración: _____		Troquel	Troquel	Troquel		
Tipo y N° de Doc.: _____		Troquel	Troquel	Troquel		
DATOS DEL MEDICO TRATANTE				Firma y Sello		
Apellido y Nombre: _____						
Matrícula MP: _____ MN: _____						
Institución: _____						
<small>Intervenc. 100%</small>						