

(12/06/2026)

VALIDACIÓN

Se validan todos los planes, excepto Autorizaciones Especiales.
Ingresar el número de afiliado completo como figura en la credencial con la barra incluida. Por ej:
Nro. de beneficiario en credencial: 80135/1:
Número a Ingresar: 80135/1

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manual Fco.	Se Valida On Line
Plan Múltiple	40% (1)	60%	SI	NO	SI
	80%(2)	20%	SI	NO	SI
	100%(3)	0%	SI	NO	SI
	100%(4	0%	SI	NO	SI
)				
	70% (5)	30%	SI	NO	SI
	100%	0%	SI	NO	SI
	(5)				
	X % (6)	Y%	SI	NO	SI
	X% (7)	Y%	SI	NO	SI
Autorizaciones Especiales (8)	X%	Y%	NO	SI	NO

- (1) Comprende el plan Ambulatorio-UNICO/KRONO/DELTA.
(2) Comprende el plan Ambulatorio-KRONO D. Únicamente 3 (tres) medicamentos por mes al 80%. El resto con cobertura del 40% con autorización.
(3) Plan Materno Infantil: Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
La receta debe contar con la leyenda "PLAN MATERNO INFANTIL O PMI"
(4) ANTICONCEPTIVOS: 1er entrega, se retirará con receta original, dentro de los 30 días de emitida la receta.
2da y 3er entrega, se retirará con fotocopia del original. Se valida ingresando como fecha de prescripción la fecha de dispensa.
Se podrá entregar hasta 2 (dos) envases mensuales, aunque la receta indique tratamiento trimestral completo. El tope es de 13 envases, retirados dentro del último año de consumo.

- (5) Comprende plan CRONICIDAD y CRONICIDAD KRONO D: 1er entrega se retirará con receta original, dentro de los 30 días de emitida la receta.
2da y 3er entrega se retirará con fotocopia del original. Se valida ingresando como fecha de prescripción la fecha de dispensa.
(6) Incluye Plan Diabetes: Entrega trimestral. 1er entrega se retirará con original, dentro de los 30 días de emitida la receta. 2da y 3er entrega se retirará con fotocopia del original. Se valida ingresando como fecha de prescripción la fecha de dispensa.
(7) Plan Discapacidad: La renovación será mensual y debe siempre presentarse con original para su retiro.

ATENCIÓN: PLANES ANTICONCEPTIVOS, CRONICIDAD, DIABETES y DISCAPACIDAD: Se aceptan como receta las planillas (ver modelos al final de la presente norma), que serán válidas hasta el 31/08/2026.

- (8) Cualquier excepción a la presente Norma deberá contar con autorización mediante mail desde Admifarm Group emitido por OSPIM (Farm. Gabriela Bes), y se adjuntará a la dispensa.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIP- CIÓN	DIAG NOST ICO	RECETA	VALI- DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
Por nombre					
GENÉRICO	SI	PARTICU LAR (1), ELECTR ÓNICA o DIGITAL (2)	30 Días (3)	SI	Sello: SI Manuscrito: NO

- (1) Recetas particulares membretadas. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional y con la misma tinta:
- a. Denominación de la entidad
 - b. Nombre y apellido del paciente;
 - c. Número de afiliado;
 - d. Medicamentos recetados por principio activo; puede indicar marca sugerida.

(12/06/2026)

- e. Cantidad de cada medicamento en número y letra. Sin número o letra equivale a un envase.
 - 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 (ticket fiscal, Documento no fiscal homologado o factura A, B o C).
 - 5. Sello de la Farmacia y firma del farmacéutico
 - 6. Firma y datos aclaratorios de quien retira los medicamentos.
 - 7. Anexar validación ON LINE
- (2) 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.
- (3) Para planes Anticonceptivos, cronicidad y diabetes la validez de la receta es de 90 días.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	3 (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 o más)	1	2
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5	
ANTIBIOTICOS INY.	1	

MULTIDOSIS

(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.

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.

RECOMENDACIONES ESPECIALES

- 1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente;
- 2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

(12/06/2026)

- 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.

CIERRE ELECTRÓNICO DE LOTES

Para el cierre de validaciones ingresar a través de la web <http://gdr.admifarmgroup.com>. Seguir instructivo de la “Guía de validación y cierre OSPSA y OSPIM MOLINEROS”. No deben efectuarse modificaciones manuales (tachaduras ni enmiendas) sobre el Cierre de Lotes que emite el sistema.

PRESENTACIÓN DE RECETAS

Se presentan en lotes separados conforme al siguiente esquema:

- Plan Múltiple
- Plan Autorizaciones Especiales

Presentación mensual en 1era quincena

MODELO DE CREDENCIAL



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

(12/06/2026)

MUESTRA DE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN ESPECIAL



Detalle de la Solicitud 518481

Obra Social
OSPIM

Afinidad
OSPIM

Zona

Plan

Origen
RD OpciónSSS (Rel De

Extra Capita
NO

Afiliado
DOMICILIO :

Recetario

Fecha Receta:
Fecha Internación:
Derivante:

Fecha Solicitud:

Sede
EFECTOR

Domicilio:
Tel:
Localidad: -

DIAGNOSTICOS (CIE10)

Codigo

Descripción

PRACTICAS

Codigo

Descripción

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 ÍTEMES AUTORIZADOS DEBEN FACTURARSE A LOS VALORES CONVENIDOS

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



MODELOS DE PLANILLAS PLANES ANTICONCEPTIVOS, CRONICIDAD, DIABETES y DISCAPACIDAD

MODELOS DE PLANILLAS ACTIVAS HASTA EL 31/08/2026 inclusive

En margen superior Izquierdo se indica Plan (DIABETES-CRONICIDAD-ANTICONCEPTIVOS-DISCAPACIDAD)
En margen superior Derecho puede figurar el logo de ENSALUD o el de OSPIM, indistintamente.

COBERTURA DIABETES

Formulario Diabetes tipo 1

Formulario Nro: 225986



DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre: QUERN,SANDRA

D.N.I. N°: 21453786

Obra Social: OSPIM

Afiliado N°: 364000

Fecha Nacimiento: 08/03/1970

Plan: ENSALUD

Titular: ☐ Familiar ☒ Fecha Nacimiento: 08/03/1970

Sexo: ☐ M ☒ F

Domicilio: EMIR MCADER 4362 PB B

Localidad: CAPITAL FEDERAL

Tel:

INSULINO REQUERIENTE: Diabetes tipo I

☐ NO INSULINO REQUERIENTE: Diabetes tipo II

Diagnóstico:

En la prescripción solo pueden ser agregados tres medicamentos

Los tratamientos indicados deben ajustarse a la Resolución 2829/22

Tratamiento: Indicar la prescripción por monodroga cubierta (ver vademécum en www.ansalud.org)

Concentración, forma y unidades según dosis

INJECTABLE	FORMA / ORIGEN	CONTENIDO / PRESENTACION	POTENCIA	DOSES DIARIA	DURACION TRAT.	ENVASES
1. <input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> N.P.M.	<input type="checkbox"/> Humalog	Cartuchos x 3 ml	U.I.		
			Cartuchos x 3 ml	U.I.		
2. <input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> Otras	Cartuchos x 3 ml	U.I.			
		Cartuchos x 1.5 ml	U.I.			
3. <input type="checkbox"/> Insulina	<input type="checkbox"/> Otras	Cartuchos x 3 ml	U.I.			
		Cartuchos x 1.5 ml	U.I.			
4. ACCESORIOS						
Tras reactivos en sangre						
Curiosos						
5. Otros accesorios						

INDICAR DETALLE DE DIAGNOSTICO:

Pars autorizar deben estar completos todos los campos de la hoja 1 / 2 y 3

SR. PROFESIONAL:

Indique Períodos de Tratamiento: Mes y Año

1° Período de Tratamiento: / /

2° Período de Tratamiento: / /

3° Período de Tratamiento: / /

CERTIFICADO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS

FACTURADOS

1° Entrega (con copia de receta): Fecha / /

2° Entrega (con copia de receta): Fecha / /

3° Entrega (con original de receta): Fecha / /

Sello y Firma del Farmacéutico

Total de la receta

A cargo del beneficiario

A cargo de la O.S.

DATOS A COMPLETAR

Beneficiario ☐ Tercero Interviniente ☐

Firma conforme:

Adscripción:

Tipo y N° de Doc:

Domicilio:

Teléfono:

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Apellido y Nombre:

Matrícula MP: MN:

Institución:

Entes por: app

Firma y Sello

(12/06/2026)

*EL SIGUIENTE MODELO TAMBIEN ES VALIDO

- **Microalbuminuria / Rel. Albúmina-Creatinina:** [] Realizado [] No realizado
- **Perfil Lipídico:** LDL: _____ Triglicéridos: _____ Fecha: _____
- **Creatinina:** _____ Fecha: _____
- **Fondo de Ojo:** [] Realizado [] No realizado. Resultado: _____ Fecha: _____

6. TRATAMIENTO

- **Plan Alimentación Saludable:** [] Si [] No **Educación Diabetológica:** [] Si [] No

FÁRMACO	PRESENTACIÓN	DOSIS DIARIA	AÑO INICIO
Metformina			
Sulfonilureas			
Inhibidores DPP-4			
Inhibidores SGLT-2			
Agonistas GLP-1			
Insulina Basal	[] Vial [] Lapicera		
Insulina Rápida/Corrección	[] Vial [] Lapicera		
Bomba de Insulina e Insumos			
Otros (Meglitinidas, Tiazolidenidionas, etc.)			

- **Tratamiento Comorbilidades:**
[] Hipolipemiante [] Antihipertensivo [] Antiagregación (AAS u otros)

7. DATOS DEL PROFESIONAL

- **Nombre y Apellido:** _____ **Especialidad:** _____
- **Teléfono:** _____ **Mail:** _____
- **Firma y Sello:** _____ **Fecha:** _____

Recordamos que este formulario debe ser completado en su totalidad y contar con la firma de un profesional con especialidad acorde: Diabetología, Endocrinología, Nutrición, Clínica Médica o Pediatría con formación en Diabetes. Asimismo, el formulario debe estar acompañado por los últimos estudios de laboratorio realizados
Abreviaturas: IMC: índice de masa corporal; RD: retinopatía diabética; RDNP: retinopatía diabética no proliferativa; RDP: retinopatía diabética proliferativa.