

**(10/06/2026)**

**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
	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 la planilla (ver modelo al final de la presente norma), que será válida 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 Por nombre	DIAG NOST ICO	RECETA	VALI- DEZ REC.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
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.

**(10/06/2026)**

- 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**

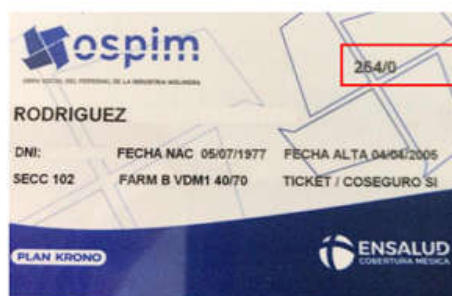
Se acredita con CREDENCIAL, DNI y HABILITACIÓN ON LINE DEL BENEFICIARIO.

**RECOMENDACIONES ESPECIALES**

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

(10/06/2026)

- 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.



Aquí figura el número de afiliado.

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

#### 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

(10/06/2026)

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: , Fecha Receta: , Fecha Internación: , Fecha Solicitud: , Derivante: , Domicilio: , Tel: , Localidad: ,

**DIAGNOSTICOS (CIE10)**

Codigo	Descripción		
<b>PRACTICAS</b>			
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 concuerdan con la orden médica original. Asimismo se le recuerda que a ítems ingresados se le adicionará 860998 (Recepción y toma de muestra) y 860677 (material descartable) cuando corresponda.

TODOS LOS ÍTEMS AUTORIZADOS DEBEN FACTURARSE A LOS VALORES CONVENIDOS

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

**ENSALUD**

MODELO 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 - Entrega Mensual

Formulario Nro: 225986

**ENSALUD**

Fecha: 08/06/2026

DATOS DEL PACIENTE:  
Apellido y Nombre: QUERN, SANDRA  
D.N.I. N°: 21453796  
Obra Social: OSPIM  
Afilado N°: 264000  
Titular:  Familiar  Fecha Nacimiento: 08/03/1970  
Plaz: ENSALUD  
Domicilio: EMER MCADER 4362 PB B Localidad: CAPITAL FEDERAL  
Sexo:  M  F  X  
Tel:   
INSULINO REQUIERENTE: Diabetes tipo I  NO INSULINO REQUIERENTE: Diabetes tipo II

Diagnóstico: En la prescripción solo pueden ser agregados tres medicamentos. Los tratamientos indicados deben ajustarse a la Resolución 2829/22

INJECTABLE	FORMA / ORIGEN	CONTENIDO / PRESENTACION	POTENCIA	DOSIS DIARIA	DURACION TRAT.	ENVASES
1. [Inyectable]	[N.P.H.]	[Humano]	[Cartuchos x 3 ml]	[U.I.]	[U.I.]	[U.I.]
2. [Inyectable]	[Otras]	[Lapiceras prell]	[Cartuchos x 3 ml]	[U.I.]	[U.I.]	[U.I.]
3. [Inyectable]	[Otras]	[Lapiceras prell]	[Cartuchos x 1.5 ml]	[U.I.]	[U.I.]	[U.I.]
4. ACCESORIOS						
5. [Tras. reactivos en sangre]						[Envases]
6. [Lancetas]						[Envases]
7. [Otros accesorios]						

INDICAR DETALLE DE DIAGNOSTICO:

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

SR PROFESIONAL: Indique Periodos de Tratamiento: Mes y Año  
1º Periodo de Tratamiento: / /  
2º Periodo de Tratamiento: / /  
3º Periodo de Tratamiento: / /

CERTIFICADO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS  
1º Entrega (con copia de receta): Fecha / /  
2º Entrega (con copia de receta): Fecha / /  
3º Entrega (con original de receta): Fecha / /

Tasa de la receta: / /  
A cargo del beneficiario: / /  
A cargo de la O.S: / /

Sello y Firma del Farmacéutico

DATOS A COMPLETAR  
Beneficiario:  Beneficiario  Tercero Intervenido  
Firma confirmada: Troquel Troquel Troquel  
Adscripción: Troquel Troquel Troquel  
Tipo y N° de Doc.: Troquel Troquel Troquel  
Domicilio: Troquel Troquel Troquel  
Teléfono: Troquel Troquel Troquel

DATOS DEL MEDICO TRATANTE  
Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
Matrícula MP: \_\_\_\_\_ MN: \_\_\_\_\_  
Institución: \_\_\_\_\_  
Firma y Sello