

OSPIM ENSALUD

Obra Social del Personal de la Industria Molinera

Cod. O.S. 10984

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): OCTUBRE 2025

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

PLAN	DESCUENTO	
	O.S.	AFILIADO
DELTA "A"	40%	60%
KRONO QUANTUM "A"	40%	60%
KRONO QUANTUM "B"	40%	60%
KRONO QUANTUM "C"	40%	60%
GAMA	40%	60%
KRONO QUANTUM "D"	80%	20%
PMI	100%	—
ANTICONCEPTIVOS	100%	—
Patologías Crónicas y Diabetes	70% o 100%	
Autorizaciones		

PMI: Habilitación del beneficiario y cobertura según validación On Line.

Tiempo de Cobertura: MADRE: hasta 30 días posteriores al parto. NIÑO: hasta el año de vida.

ANTICONCEPTIVOS : 100% Con formulario de Cobertura (Ver Modelo).

PATOLOGIAS CRONICAS : Con formulario de "Cobertura Programa Patologías Crónicas" (Ver Modelo).

DELTA "A" – KRONO QUANTUM "A" – KRONO QUANTUM "B" – KRONO QUANTUM "C"
: 70% Con formulario de cobertura.

KRONO QUANTUM "D": 100% Con formulario de cobertura.

HIPOGLUCEMIANTES ORALES:100% Con formulario de cobertura.

AUTORIZACIONES: Solo podrán expendirse recetas que se contrapongan con dicha Norma de Atención, siempre y cuando estén autorizadas por la entidad, mediante formulario de autorización según muestra al pie, ya sea vía mail o fax, junto con la **prescripción original correspondiente**. **Tanto la credencial, como la autorización deben ser de Ospim Ensalud. Estas autorizaciones deberán Validarse a través del Plan “Declaración de Dispensa”.**

Cuando en el formulario de Autorización aclara “cargado en el validador” se debe desestimar como autorización y validar de manera on line.

REGLONES POR RECETA : Hasta dos (2)

ENVASES POR REGLON : Hasta uno (1)

Con LEYENDA TRATAMIENTO PROLONGADO: hasta dos envases por renglón.

Se reconocerán las especialidades medicinales comprendidas en el Vademécum vigente, cuyos productos deben validarse electrónicamente.

Antibióticos inyectables: Monodosis: hasta cinco – Multidosis : hasta uno.

UNIDADES POR TAMAÑO: Cuando el médico no especifique el tamaño deberá entregarse el más pequeño. Si se indica la palabra GRANDE se entrega el siguiente al menor.

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Recetarios Validos:

- Prescripción tradicional, donde toda la prescripción y la firma ológrafa deben estar de puño y letra del profesional (siempre con la misma tinta) y el sello en original.
- Recetarios electrónicos / digitales que cumplan con requisitos de identificación (código de barra, QR, etc.) donde la firma y sello, ambos también estarán en formato digital. Es importante aclarar que el afiliado siempre deberá presentar la receta impresa en la farmacia.
- Recetarios digitales (prescripción pre-impresa ya sea total o parcial), donde la firma y sello del profesional prescriptor deben estar obligatoriamente ambos en original.
- RECETARIO PMI: Debe contar con la leyenda del PLAN MATERNO INFANTIL o PMI de puño y letra del Profesional. NO REQUIERE AUTORIZACION.

IMPORTANTE: Formulario de Cobertura de Anticonceptivos, de Cronicidad y/o Diabetes válidos por 3 (tres) meses.

NO requiere adjuntar prescripción original adicional.

El Formulario debe ser original. REQUIERE VALIDACION ONLINE OBLIGATORIA.

Aclaraciones:

- En la 1° entrega: el afiliado deberá presentar el **formulario original**.
- En la 2° y 3° entrega: el afiliado deberá presentar **fotocopia del formulario**.

El/la afiliada deberá firmar el formulario en conformidad al período correspondiente y la farmacia adherir el troquel correspondiente.



- Prescripción por genérico según la ley Nro. 25.649/02
 - Cantidad de cada medicamento en números y letras.
 - Enmiendas del prescriptor: solo salvadas con su firma y sello (NO válido para recetas electrónicas/digitales).
 - Enmiendas del farmacéutico: salvadas por él mismo con conformidad del afiliado/tercero (NO válido para recetas electrónicas/digitales de validación obligatoria)
 - Enmiendas del afiliado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.
-

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

El día de la prescripción y los 29 días siguientes.

Los formularios de COBERTURA tienen una validez de 90 días. Las fechas figuran en el margen superior derecho.

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Reconocimiento del Afiliado: INGRESAR N° DE LA CREDENCIAL COMPLETO SIN GUIONES NI BARRA.

EJEMPLO: N° de beneficiario en credencial **80135/00** - Número a ingresar en validador: **8013500**

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

- De acuerdo al orden de prescripción.
- Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
- Si no tiene troquel, colocar código de barra
- Adheridos con goma de pegar (no broches, no cinta adhesiva).
- No se aceptaran troqueles con leyendas, con signos de deterioro o uso previo, perforaciones, con diferencias de tamaño, grosor o color para un mismo producto, sellos de cualquier tipo de leyenda legibles o no, es decir que no tengan signos que otorgue carácter dudoso al troquel
- Fecha de Venta.
- Número de transacción on line, debe indicarse en el encabezado de la receta "RT: XXXX", o bien puede imprimirse el comprobante que emite el sistema.
- Importes unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad y totales. En caso de imprimir el ticket de validación puede no valorizarse la receta.
- Sello de la Farmacia y firma del farmacéutico.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo.
- Las enmiendas de precios deberán ser salvadas por el farmacéutico y por la persona que retira los medicamentos.
- Las recetas deberán ser presentadas numeradas en forma correlativa.

El afiliado presentará:

- Documento de identidad (DNI, LC, LE)
- Credencial definitiva o provisoria (según muestras)

- No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada:

DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR Y CON LA MISMA TINTA:

- Denominación de la Entidad (en caso de que el recetario no sea el oficial de la Entidad).
- Nombre y Apellido del paciente.
- N° de afiliado.
- Medicamentos recetados por principio activo, indicando una marca sugerida incluida en el Vademécum. Se rechazarán recetas que no presenten Principio Activo. Si el profesional indica una marca sugerida excluida del Vademécum, la farmacia debe efectuar el remplazo correspondiente respetando principio activo, concentración y forma farmacéutica.
- Cantidad de cada medicamento en números y letra.
- Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
- Firma y sello con número de matrícula y aclaración del profesional.
- Fecha de prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.
- No se aceptan enmiendas sobre corrector líquido.

FORMULARIOS DE COBERTURA

Anticonceptivos

COBERTURA ANTICONSEPCION Condominio Ticochaco - Estrategia Nacional				Formulario Nro: 4367		Y ENSALUD Y ENSEÑANZA SALUDABLE	
DATOS DEL PACIENTE						Fecha: 26/11/2019	
Apellido y Nombre:		D.N.I. N°:		Pais:		Pac. Grupos:	
Estrada M:		Calle:		Sexo:		☒ ☐	
Trabaja:		Fecha nacimiento:		Lugar:		Tipo:	
Estrada:		Lugar:		Tipo:		Tipo:	

PRINCIPALES ACTIVOS CORRESPONDIENTES A DIAGNOSTICOS GRUPO 4 (Códigos Según Rie)

PRINCIPALES ACTIVOS	
ETILALSTRAZOL, antes 0.015 y 0.005 mg y ACETATO DE CLORIDRATO 0.05 mg	
ETILALSTRAZOL, antes 0.015 y 0.005 mg y NORGESTREL 0.01 mg	
ETILALSTRAZOL, antes 0.015 y 0.005 mg y DESOGESTREL 0.0075 mg	
ETILALSTRAZOL, antes 0.015 y 0.005 mg y LEVONORGESTREL, antes 0.01 y 0.005 mg	
ETILALSTRAZOL, antes 0.015 y 0.005 mg y NORGESTRATO 0.002 mg	
ETILALSTRAZOL, antes 0.015 y 0.005 mg y DESOGESTREL 0.005 mg	
ETILALSTRAZOL, antes 0.015 y 0.005 mg y LEVONORGESTREL, antes 0.01 y 0.005 mg	
LEVONORGESTREL, 0.005 mg	
LORAZOLAM, 0.01 mg	

INDICAR CÓDIGOS Y/O OTROS DIAGNOSTICOS:

--

Tratamiento actual en progreso por diagnóstico agudo de emergencia o por diagnóstico crónico, con o sin diagnóstico de causa probable

Tratamiento activo	Inicio	Terminación	Indicaciones	Exposición del paciente	Exposición del personal	Exposición del entorno
1						

DEL PROFESIONAL Indique Porcentaje de Tratamiento: Muy a Muy		CONFORME A LA OPCIÓN DE USO MEDIOS CONSERVACIÓN Y ACTUACIÓN		TIPO DE TRATAMIENTO			
1) Porcentaje de Tratamiento: _____		Fecha de Inicio del Tratamiento		A largo del tratamiento			
2) Porcentaje de Tratamiento: _____				B largo del tratamiento			
3) Porcentaje de Tratamiento: _____				C largo del tratamiento			
DATOS Y LOGROS DE LA INTERVENCIÓN (Indicaciones)		Inicio y Fin del Tratamiento		Tipo de Tratamiento			
						Tratamiento	
						Tratamiento	
						Tratamiento	
Tipo y Nº de Dosis		Tratamiento		Tratamiento			
						Tratamiento	
						Tratamiento	

DATOS DEL MEDICO TRATANTE
Apellido y Nombre: _____
Estrada M: _____
Calle: _____
Fecha: _____

Patologías Crónicas

[illegible]

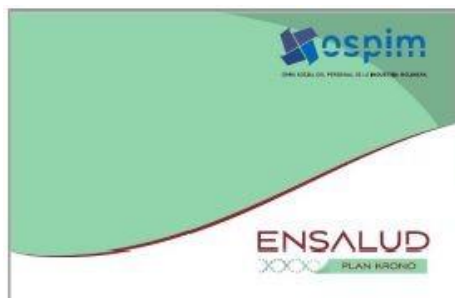


COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 n° 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30

www.colfarma.org.ar

MODELOS DE CREDENCIALES





COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 n° 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30

www.colfarma.org.ar

FORMULARIOS DE AUTORIZACION



COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 n° 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar



Detalle de la Solicitud 518481

Obra Social OSPIM	Afiliación OSPIM	Zona	Plan	Origen RD Opción 535 (Rel De
Extra Capita	NO			
Afiliado	DOMICILIO :			
Recetario	Fecha Receta: Fecha Información: Derivante:	Fecha Solicitud:		
Sede EFECTOR	Domicilio: Tel: Localidad:			
DIAGNOSTICOS (CIE 10)				
Código	Descripción			
PRACTICAS				
Código	Descripción	Solicitado	Autorizado	ESTADO

Observación

Esta autorización CARECE de valor y las prestaciones NO SERÁN ABONADAS si la TOTALIDAD DE LOS DATOS CONSIGNADOS no coinciden con la orden médica original.
Además se le recuerda que a fines ingresados se le adicionará 860998 (Recapción y toma de muestra) y 860877 (material descartable) cuando correspondan.

TODOS LOS ÍTEMES AUTORIZADOS DEBEN FACTURARSE A LOS VALORES CONVENDIDOS

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



autorizaciones@ensalud.org



Detalle de la Solicitud 1069065 AUTORIZADO

Obra Social OSPIM	Afiliación OSPIM	Zona URCA	Plan ERONO	Origen
Extra Capita	NO			
Afiliado	Documento: DOMICILIO :			
Recetario	Fecha Receta: 2024-03-23 Fecha Solicitud: 2024-04-04 Fecha Información: - Derivante:			
Sede EFECTOR	Domicilio: P. Dpto. --- Tel: Localidad: -			
DIAGNOSTICOS (CIE 10)				
Código	Descripción			
811	Diabetes mellitus no insulinodependiente			
PRACTICAS				
Código	Descripción	Solicitado	Autorizado	ESTADO
80202	REDIACION DIABETES	1	1	AUTORIZADO

Observación

Esta autorización CARECE de valor y las prestaciones NO SERÁN ABONADAS si la TOTALIDAD DE LOS DATOS CONSIGNADOS no coinciden con la orden médica original.
Además se le recuerda que a fines ingresados se le adicionará 860998 (Recapción y toma de muestra) y 860877 (material descartable) cuando correspondan.

TODOS LOS ÍTEMES AUTORIZADOS DEBEN FACTURARSE A LOS VALORES CONVENDIDOS
ESTA AUTORIZACIÓN SE ENCUENTRA SUJETA A AUDITORIA DE POST UTILIZACIÓN Y CONDICIONES CONTRACTUALES

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



autorizaciones@ensalud.org
www.ensalud.org



COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 n° 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar

RESUMEN

Carátula: on line
Cantidad: Una
Presentación: Mensual

CUIT

30-71304500-0

CTRL F: para buscar palabra clave.

WEB: WWW.COLFARMA.ORG.AR /

Para consultas sobre esta norma de atención comunicarse a Mesa de Ayuda:

mail: ayudaonline@colfarma.org.ar / Tel: 0810 333 4133 / wsp: 011 51476648