O.S.P.I.M.

Obra Social del Personal de la Industria Molinera

Norma de Atención Nº: 5877
Vigencia: 08/09/2026

	A CARGO ENTIDAD	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE	VALIDA ONLINE	COD.
PLAN MULTIPLE	VARIABLE	VARIABLE	INFORMADA POR VALIDADOR	SI	**52600**
AUTORIZACIONES ESPECIALES **(*6)**	VARIABLE	VARIABLE	MANUAL FARMACEUTICO	SI	**52607**

IDENTIFICACION DEL BENEFICIARIO
CREDENCIAL: Si - Cualquier formato
Debe figurar en Validador AG
SE VALIDA POR NUMERO CREDENCIAL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI.
Puede ser presentado por un tercero

TIPO DE RECETARIO : Todos con membrete
Electrónicos y manuales: -

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos

PSICOFARMACOS cumpliendo legislación vigente
Duplicado/ Archivada : SI
Fotocopias: NO

ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nº MATR.
Con sello: SI Manuscrito: NO

ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES
(cuando supere la unidad)
Letras: SI Números: SI

LIMITACIONES CANTIDAD
Hasta **Tres (3)** especialidades por receta y hasta un **(1) envase por especialidad**.

Con Trat. Prolongado hasta (2) dos Env. por renglón
Excepciones:
- **Antibióticos inyectables monodosis**: Hasta cinco (5) unidades.

LIMITACIONES DE TAMAÑO
Si indica: Lo requerido.
Si no indica: El menor.
Si indica "GRANDE": Segunda presentación
Si erra: El inmediato inferior al indicado.

ESPECIALIDADES EXCLUIDAS
- PRINCIPIOS ACTIVOS, FORMAS FARMACEUTICAS, PRESENTACIONES Y MEDICAMENTOS QUE NO FIGUREN EN SUS RESPECTIVOS VADEMECUMS.

ENMIENDAS SALVADAS:
Por el médico: SI (errores de prescripción)
Por el afiliado: SI (errores de expendio)

AUTORIZACIONES VER PUNTO (*6)

PRESENTACION

FACTURACION Y REFACTURACION: Ver normas Generales de atención y presentación.

Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle de concentración.

Cada expendio deberá realizarse obligatoriamente mediante el proceso de *VALIDACIÓN REMOTA*, ingresando a **http://validacionesag.com** o a través de su sistema de facturación homologado

Incluidas también las AUTORIZADAS (*6)

VALIDAR POR NÚMERO DE CREDENCIAL

Norma de Atención Nº: 5877
Vigencia: 08/09/2026

PLANES DE COBERTURA PAN MULTIPLE

AMBULATORIOS-UNICO/KRONO/ DELTA	40%	60%	VADEMECUM DEL PLAN
AMBULATORIO – KRONO D - INTEGRAL (*)	80%	20%	VADEMEUM DEL PLAN
PLAN MATERNO INFANTIL (*1)	100%	------	VADEMECUM PMI
ANTICONCEPTIVOS (*2)	100%	------	VADEMECUM ACO
CRONICIDAD (*3)	70%	30%-	VADEMECUM CRONICO
CRONICIDAD KRONO D – INTEGRAL (*3)	100%	------	VADEMECUM CRONICO
PLAN DIABETES (*4)	VARIABLE	VARIABLE	VADEMECUM DEL PLAN
PLAN DISCAPACIDAD (*5)	VARIABLE	VARIABLE	VADEMECUM DEL PLAN

(*) PLAN AMBULATORIO KRONO D - INTEGRAL

Únicamente 3 (Tres) medicamentos por mes al 80%. El resto con cobertura de 40% **con autorización.**

*(*1) PLAN MATERNO INFANTIL* **Requiere validación on line**

La receta deberá contar con la leyenda "PLAN MATERNO INFANTIL O PMI" y figurar con la cobertura PMI
Límites de cantidades iguales a la cobertura general.

Período de cobertura: - Para la MADRE: Durante el embarazo y hasta 30 días posteriores al parto.
- Para el NIÑO: Hasta el primer (1er.) año de vida.

*(*2) ANTICONCEPTIVOS 100%* **Requiere validación on line**

Debe presentar receta original con indicación ACO. Validez de la receta: 90 días.

1er entrega, Se retirará con original, dentro de los 30 días de emitida la receta.
2da Y 3ra entrega, Se retirará con fotocopia del original. Se valida ingresando la fecha de dispensa.

El afiliado firmará en conformidad cada retiro y la farmacia adjuntara el troquel correspondiente.

Se entregará hasta 2 (dos) envase mensuales. Aunque la receta indique el tratamiento trimestral completo.
El tope es de 13 envases, retirados dentro del último año de consumo.

*(*3) CRONICIDAD 70% - CRONICIDAD KRONO D – INTEGRAL 100%* **Requiere validación on line**

Debe presentar receta original Cronicidad. Validez de la receta: 90 días.

1er entrega, Se retirará con original, dentro de los 30 días de emitida la receta.
2da Y 3ra entrega, Se retirará con fotocopia del original. Se valida ingresando la fecha de dispensa.

El afiliado firmará en conformidad cada retiro y la farmacia adjuntara el troquel correspondiente

Se entregaran las cantidades que el validador apruebe para cada <u>periodo de consumo mensual</u>.
Aunque la receta indique el tratamiento trimestral completo.

<u>En caso de rechazo en la validación se podrá dispensar con autorización de la ENTIDAD</u>. (Ver *6)

Norma de Atención Nº: 5877
Vigencia: 08/09/2026

(*4) PLAN DIABETES **Requiere validación on line**

La medicación se encontrará cargada en sistema para su validación. El cronograma será trimestral y su renovación será anual.
1er entrega, Se retirará con original, dentro de los 30 días de emitida la receta.
2da Y 3ra entrega, Se retirará con fotocopia del original. Se valida ingresando la fecha de dispensa.

(*5) PLAN DISCAPACIDAD **Requiere validación en linea**

La medicación se encontrará cargada en sistema para su validación. La renovación será mensual y debe siempre presentarse con original para su retiro.

(*6) AUTORIZACIONES ESPECIALES **Requiere validación en linea**

Las autorizaciones especiales se encuentran cargadas en el sistema para ser validadas.

"Cualquier otra excepción a la presente Norma" se realizará mediante email enviado desde Admifarm Group.

RECETARIOS

Electrónicos y manuales, en cumplimiento con la legislación vigente. NO propaganda médica.
Las Planillas no son válidas como recetario.

Datos mínimos en receta.

1. Membrete, Nombre apellido, Entidad. DNI y/o número de afiliado
2. Medicamento nombre genérico Concentración, forma farmacéutica, con o sin nombre comercial.
3. Diagnostico (Es válido secreto médico), firma, sello y matricula del profesional de la salud.
4. Fecha de prescripción.
5. Cantidad de envases en número y letra. Sin número o letra, equivale a un envase.
6. La farmacia Adjuntará
   Ticket fiscal, Documento no fiscal homologado ó factura A, B ó C. troqueles, conformidad firma y Sello de la farmacia al dorso de la receta. Firma y datos de quien retira en conformidad.

SALVAS A LA RECETAS

Por la farmacia
Con firma, sello y firma del afiliado en conformidad:
*Número de afiliado ilegible o incompleto. NO enmiendas.
*Nombre de la Entidad faltante. NO enmiendas.

Por el médico únicamente
Con aclaración, firma y sello:
*Errores de prescripción.
*Enmiendas de cualquier tipo.

Norma de Atención Nº: 5877
Vigencia: 08/09/2026

PRESENTACION

Los distintos descuentos se deberán presentar en lotes por separado, conforme el siguiente esquema:

- PLAN MULTIPLE
- AUTORIZACIONES ESPECIALES (VARIABLE)

MUY IMPORTANTE:
TODO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMASGENERALES DE ATENCION Y PRESENTACION ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.

Modelo de credencial a modo de ejemplo.



ENSALUD
PLANES INTEGRALES DE SALUD

Detalle de la Solicitud 518481

Obra Social	Afinidad	Zona	Plan	Origen
				RD OpciónSSS (Rel De

Extra Capita	NO
Afiliado	DOMICILIO :
Recetario	Fecha Receta: Fecha Solicitud: Fecha Internacion: Derivante:
Sede EFECTOR	Domicilio: Tel: Localidad: -

DIAGNOSTICOS (CIE10)

Codigo	Descripcion

PRACTICAS

Codigo	Descripcion	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 items ingresados se le adicionará 660998 (Recepción y toma de muestra) y 660677 (material descartable) cuando corresponda.

TODOSLOS ITEMS AUTORIZADOS DEBEN FACTURARSE A LOS VALORES CONVENIDOS

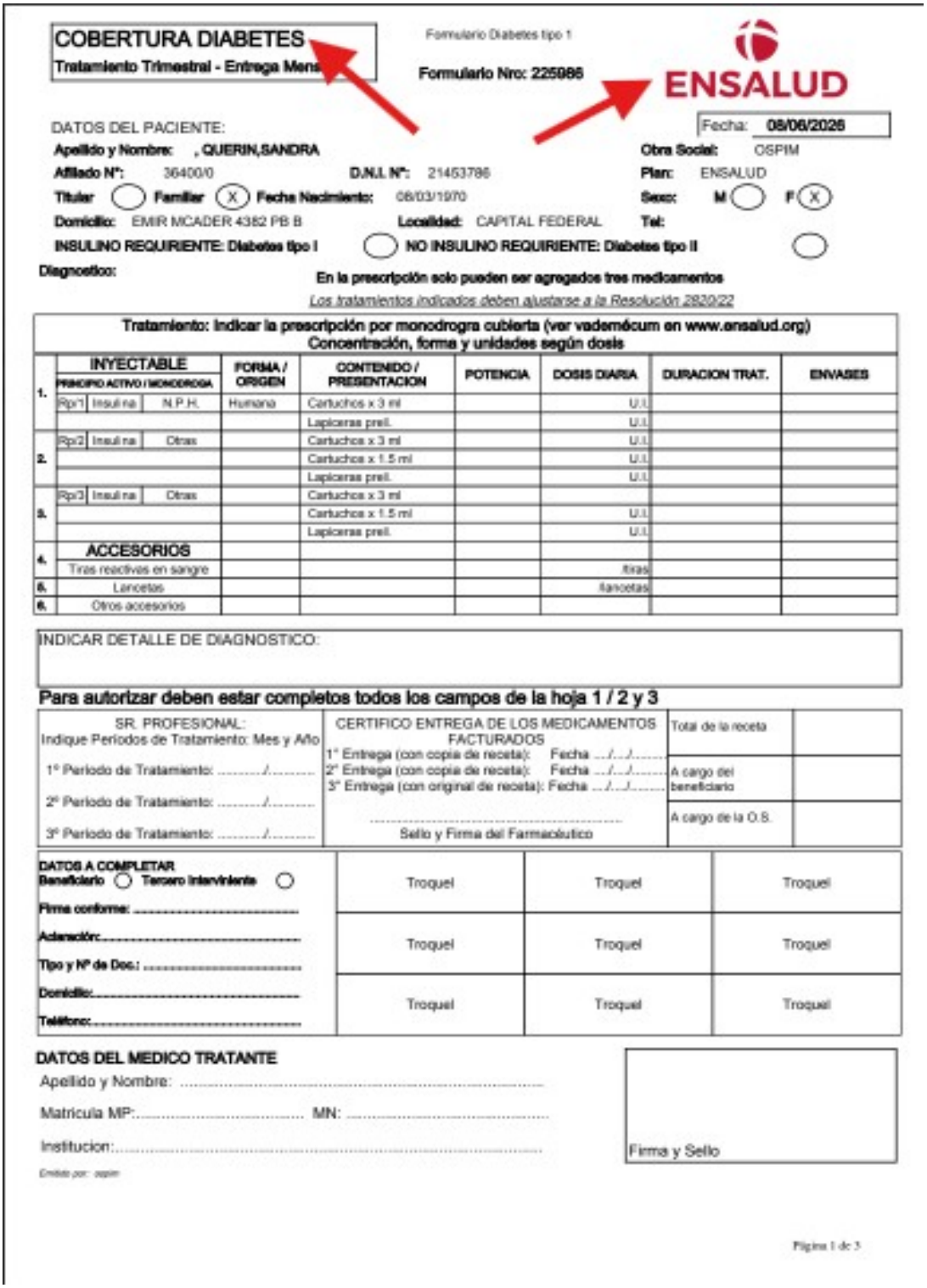
Esta orden ha sido gestionada a través de la página web:

ENSALUD

Norma de Atención Nº: 5877
Vigencia: 08/09/2026

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
Tratamiento Trimestral - Entrega Mens

Formulario Diabetes tipo 1

Formulario Nro: 225986

ENSALUD

DATOS DEL PACIENTE:

Fecha: 08/06/2026

Apellido y Nombre: , QUERIN,SANDRA — **Obra Social:** OSPIM
Afiliado Nº: 36400/0 — **D.N.I. Nº:** 21453786 — **Plan:** ENSALUD
Titular ( ) **Familiar** (X) **Fecha Nacimiento:** 08/03/1970 — **Sexo:** M ( ) F (X)
Domicilio: EMIR MCADER 4382 PB B — **Localidad:** CAPITAL FEDERAL — **Tel:**
INSULINO REQUIRIENTE: Diabetes tipo I ( ) **NO INSULINO REQUIRIENTE: Diabetes tipo II** ( )
Diagnostico:

En la prescripción solo pueden ser agregados tres medicamentos

Los tratamientos indicados deben ajustarse a la Resolución 2820/22

Tratamiento: Indicar la prescripción por monodrogra cubierta (ver vademécum en www.ensalud.org)
Concentración, forma y unidades según dosis

	INYECTABLE PRINCIPIO ACTIVO / MONODROGA			FORMA / ORIGEN	CONTENIDO / PRESENTACION	POTENCIA	DOSIS DIARIA	DURACION TRAT.	ENVASES
1.	Rp/1	Insulina	N.P.H.	Humana	Cartuchos x 3 ml		U.I.		
					Lapiceras prell.		U.I.		
2.	Rp/2	Insulina	Otras		Cartuchos x 3 ml		U.I.		
					Cartuchos x 1.5 ml		U.I.		
					Lapiceras prell.		U.I.		
3.	Rp/3	Insulina	Otras		Cartuchos x 3 ml				
					Cartuchos x 1.5 ml		U.I.		
					Lapiceras prell.		U.I.		
4.	ACCESORIOS								
	Tiras reactivas en sangre						tiras		
5.	Lancetas						lancetas		
6.	Otros accesorios								

INDICAR DETALLE DE DIAGNOSTICO:

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

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

CERTIFICO 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: .....
Aclaración: .....
Tipo y Nº de Doc.: .....
Domicilio: .....
Teléfono: .....

Troquel	Troquel	Troquel
Troquel	Troquel	Troquel
Troquel	Troquel	Troquel

DATOS DEL MEDICO TRATANTE
Apellido y Nombre: .....
Matrícula MP:..... MN: .....
Institucion:.....

Firma y Sello

Página 1 de 3

***EL SIGUEINTE 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.