

**Vigente a partir del 01 de Mayo de 2021.**

Las marcas “@” identifican los puntos que **deben validarse OBLIGATORIAMENTE** en el momento de la venta a través del sistema de validación ingresando en [www.plataformacsf.com](http://www.plataformacsf.com) o bien mediante los sistemas de facturación integrados.

Para **aquellas recetas no validadas electrónicamente** (por ejemplo autorizaciones especiales) deberá efectuarse una **DECLARACIÓN DE DISPENSA** en dicho sistema de validación.

En todas las **recetas validadas y declaradas electrónicamente**, la Liquidación de Recetas y **CIERRE DE LOTES** debe efectuarse **obligatoriamente** utilizando la herramienta que brinda dicho sistema para tal fin.

**Aclaración:**

El **CIERRE DE LOTES** y **DECLARACIÓN DE DISPENSA** electrónico **es OBLIGATORIO. SIEMPRE** deben figurar en el **RESUMEN DE FACTURACIÓN** general confeccionado a través de [www.plataformacsf.com](http://www.plataformacsf.com) (ver punto 14).

Por lo tanto, en un mismo Resumen de Facturación electrónico debe figurar **INDISPENSABLEMENTE**:

- **VALIDACIÓN ELECTRÓNICA** de OSTEL-ENSALUD (“Plan MIXTO VALIDACIÓN”)
- **DECLARACIÓN DE DISPENSA** de OSTEL-ENSALUD para recetas sin validación online (“Plan MIXTO DECLARACIÓN”)

**1.Descuentos: Válidos sólo para pacientes ambulatorios - Sólo productos incluidos en vademécum**

1.1. Plan Básico-GAMA	<b>40%</b>	@
1.2. Plan Intermedio-KRONO		
1.3. Plan Superior-QUANTUM	<b>50%</b>	@
1.4. Descuento Adicional FONDO COMPENSADOR TELEFÓNICO:	<b>20%</b> Se aplica en forma <b>adicional al descuento general</b> (40% ó 50%) de los afiliados <b>identificados con la sigla “FC” en el Padrón de Habilitados.</b> <b>NO es válido para</b> la cobertura de Pacientes con Patologías Crónicas, Plan Materno Infantil, ni <b>ninguna otra cobertura distinta a la general</b> (ver punto 9).	@
1.5. Plan Materno Infantil:	<b>100%</b> (No requiere previa autorización – Ver punto 6)	@
1.6. Leches:	<b>Exclusivamente Listado Especial de Farmacias: Según validación ON LINE</b> (ver punto 6)	@
1.7. Anticonceptivos:	<b>40% ó 50%</b> (Según plan del afiliado) <b>Exclusivamente Listado Especial de Farmacias: Según validación ON LINE</b> <b>100%</b> Únicamente para productos cubiertos según Res.310/04 <b>Exclusivamente Listado Especial de Farmacias: Según validación ON LINE</b>	@
1.8. Patologías Crónicas, Hipoglucemiantes orales, Insulinas y Tiras reactivas:	<b>MONTO FIJO, 70% ó 100%</b> <b>Exclusivamente Listado Especial de Farmacias: Según validación ON LINE</b>	@
1.9. Autorizaciones Especiales:	Ver punto 8	

**2.Habilitación del beneficiario:**

2.1. Credencial definitiva o provisoria (según muestras).

2.2. Habilitación del Beneficiario según validación on-line (ver punto 18).	Ingresar el número de afiliado <b>completo como figura en la credencial, sin guiones ni barras</b> . Por ejemplo:		@
	<b>NRO. DE BENEFICIARIO EN CREDENCIAL</b>	<b>NÚMERO A INGRESAR</b>	
	72077 / 00	7207700	

**Aclaraciones:**

- **Fondo Compensador Telefónico:** el sistema de validación calcula automáticamente el descuento adicional. Por lo tanto, no debe efectuar ningún cálculo adicional para su cobro.
- Los beneficiarios no habilitados según validación on-line deben presentar la **Credencial Provisoria** para su atención, verificando la fecha de vencimiento. Se debe adjuntar copia de la misma a la receta para su presentación en COMPañÍA.
- **Las constancias de afiliación no son válidas** para la cobertura farmacéutica.

2.3. Documento de Identidad (DNI, LC, LE)

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

### 3. Recetario:

ACLARACIÓN GENERAL: **durante la cuarentena sanitaria vigente**, los afiliados de OSTEL-ENSALUD podrán concurrir a las farmacias **con cualquiera de los siguientes comprobantes**:

- Prescripción tradicional** propiamente dicha.
- Reproducción de la prescripción emitida vía mail o Whatsapp** siempre y cuando cuente con los mismos datos de la prescripción tradicional según norma (nombre y apellido del paciente, número de afiliado, medicación y cantidades prescriptas, fecha de prescripción, datos del profesional, etc.)
- Autorizaciones especiales** (cuando esto sea requerido según norma) también enviada por mail u otra modalidad electrónica similar, ya sea para adjuntar alguno de los comprobantes anteriores o bien como reemplazo de la prescripción. En este último caso, la autorización deberá contener los mismos datos exigidos para la prescripción (puntos a y/o b).

En cualquier caso, **el paciente deberá concurrir a la farmacia con la impresión correspondiente** y **la farmacia proceder a su validación electrónica obligatoria** para su posterior liquidación a COMPañÍA. **NO se aceptarán dispensas sin alguno de los correspondientes comprobantes físicos de la prescripción** mencionados.

Para la dispensa de psicotrópicos o productos con receta archivada deberán cumplirse las disposiciones legales vigentes.

3.1. Tipo de Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>De <b>Todo Tipo</b> (particular o de instituciones).</li> </ul>
3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Denominación de la entidad (en caso de que el recetario no sea el oficial de la entidad);</li> <li>Nombre y apellido del paciente;</li> <li>Número de beneficiario (*)</li> <li>Medicamentos recetados por principio activo indicando una marca sugerida, incluida en el Vademécum</li> <li>Cantidad de cada medicamento (cuando se prescriba más de una cantidad debe estar escrita en números y letras);</li> <li>Firma y sello de médico u odontólogo, con número de matrícula y aclaración;</li> <li>Fecha de prescripción;</li> </ul> <p><u>Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción debe estar salvadas por el profesional con su firma y sello, o bien por cualquiera de los médicos auditores listados en el punto 8.1.</u></p> <p>(*) Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto, 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.</p>

### 4. Validez de la receta:

El día de la prescripción y los **60 días** siguientes.

### 5. Topes de cobertura:

5.1. Límites de cantidades:	Sin Tratamiento Prolongado	Con Tratamiento Prolongado <sup>(5.2.)</sup>
Renglones por receta:	Hasta 3 (tres)	Hasta 3 (tres)
Envases por renglón:	Hasta 1 (uno)	Hasta 2 (dos)
5.2. Tratamiento Prolongado:	Cuando el médico coloca de su puño y letra la frase "Tratamiento prolongado", su equivalente o abreviaturas, pueden expendirse las cantidades que se indican en la columna "con T.P.". 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. <b>En estos casos debe indicarse en el sistema de Validación On Line que la receta corresponde a Tratamiento Prolongado.</b>	

	<b>Presentación</b>	<b>Entregar</b>
5.3. Antibióticos Inyectables:	Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	Hasta 5 (cinco)
	Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	El menor número posible de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas. Por ejemplo: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expendirse 3 (tres) envases = 6 (seis) ampollas.
5.4. Psicofármacos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia.</li> </ul>	
5.5. Otras especificaciones:	<b><u>Cuando el médico:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>No especifica cantidades</li> </ul>	<b><u>Debe entregarse:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>El envase de menor contenido.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sólo indica la palabra “grande”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La presentación siguiente a la menor.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Equivoca la cantidad y/o contenido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El tamaño inmediato inferior al indicado.</li> </ul>

## 6. Plan Materno Infantil:

6.1. Habilitación del beneficiario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Figurar habilitado con cobertura PMI (Madre o Niño) según validación on-line.</li> </ul>
6.2. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos: Identificados en el Vademécum con la leyenda “100% PMI sin autorización” que se valida electrónicamente.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Leches maternizadas: Excluidas de la cobertura.</li> <li>Leches medicamentosas: válido exclusivamente para Listado Especial de Farmacias.</li> </ul>
6.3. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Igual al resto de los planes. <b>NO requiere autorización previa</b> de OSTEL-ENSALUD.</li> </ul>
6.4. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Igual al resto de los planes.</li> </ul>

## 7. Vademécum:

Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM vigente, cuyos productos deben validarse electrónicamente.

**ATENCIÓN – Descuento FONDO COMPENSADOR TELEFÓNICO – Beneficiarios OSTEL-ENSALUD:** No se cubren los medicamentos identificados con cobertura para Patologías Crónicas, Plan Materno Infantil ni ninguna otra cobertura distinta a la general.

## 8. Autorizaciones Especiales:

**Estas recetas NO SE VALIDAN electrónicamente.  
Debe efectuarse DECLARACIÓN DE DISPENSA.**

Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos cuando se hallen autorizadas por ENSALUD mediante Formulario de Autorización (según muestra punto 16) ya sea vía mail o fax, junto con la prescripción original correspondiente.

## 9. Aclaraciones Cobertura Fondo Compensador Telefónico:

**Puntos a tener en cuenta** para aplicar y liquidar la cobertura del Fondo Compensador Telefónico:

- El descuento del **20%** es **ADICIONAL** al del plan general del beneficiario (**40% ó 50%**) identificado en el padrón con la sigla “FC”.
- Si un afiliado no figura identificado en el padrón con la sigla “FC” pero presenta el **recibo de sueldo actualizado que indique aporte al Fondo Compensador Telefónico, debe ser atendido** adjuntando copia a la receta para su presentación.
- El descuento adicional del 20% **debe calcularse sobre el importe bruto y NO SOBRE EL A CARGO DEL AFILIADO.**
- No se aplica el descuento del 20% sobre otras coberturas distintas a la general**, por ejemplo: Monto Fijo según Res. 310/04, Hipoglucemiantes, u otro porcentaje autorizado por OSTEL-ENSALUD distinto al 40% ó 50%.
- Debe presentarse como parte de la facturación de OSTEL-ENSALUD (cód. 638), **SIN SEPARAR en un lote aparte**. Por lo tanto, **los importes brutos no deben sumarse dos veces.**
- NO se requiere fotocopia** de la receta de OSTEL-ENSALUD.
- Los **importes del descuento adicional del Fondo Compensador** (cuando corresponda) deben reflejarse **CON IDÉNTICOS VALORES Y PORCENTAJE** tanto en la receta de OSTEL-ENSALUD como en el ticket de venta.



**ENSALUD**  
Servicios Integrales de Salud

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LAS TELECOMUNICACIONES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA



**COMPANÍA**  
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 638 – CÓDIGO INTEGRADOR: ostelensalud

ANEXO I – CIRCULAR 219/21 B

El Sistema de Validación calcula automáticamente el descuento adicional del Fondo Compensador Telefónico. Por lo tanto, su farmacia sólo debe aplicar el resultado que otorga el sistema y no debe efectuar ningún cálculo adicional para su cobro.

## 10. Medicamentos Faltantes:

Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta.

## 11. Datos a completar por la farmacia:

**11.1. NÚMERO DE TRANSACCIÓN ON LINE.** Debe indicarse en el encabezado de la receta "TR: XXXX", o bien puede imprimirse el comprobante que emite el sistema.

11.2. Fecha de venta;

11.3. Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo.

11.4. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad y totales);

11.5. La farmacia deberá adjuntar cualquiera de los comprobantes de venta detallados:

- Ticket fiscal propiamente dicho.
- Documento no fiscal HOMOLOGADO
- Duplicado o triplicado del ticket fiscal (idéntico al original pero con una leyenda de fondo "NO FISCAL").
- Facturas A, B o C.

**Es OBLIGATORIA la presentación del ticket de venta adjunto a las recetas. Caso contrario, la entidad debitará dichas recetas.**

11.6. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

11.7. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos;

## 12. Recomendaciones Especiales:

12.1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente;

12.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

- De acuerdo al orden de la prescripción.
- Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
- Se sugiere adherirlos con goma de pegar (sin utilizar abrochadora o cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).

12.3. 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.

12.4. Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

## 13. Atención de Consultas:

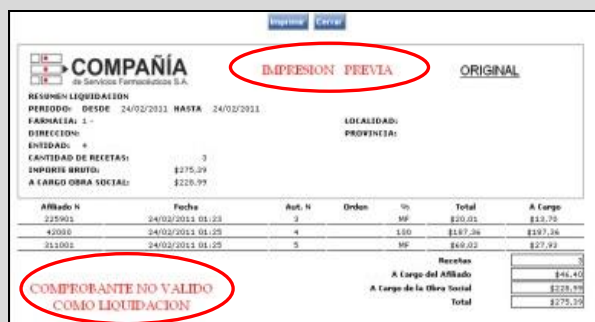
Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de **COMPANÍA** al (011) 4136-9090. Fax: (011) 4136-9001. E-mail: [info@csf.com.ar](mailto:info@csf.com.ar), de Lunes a Viernes, de 8:30 a 18:30 horas.

Ante dificultades o consultas exclusivamente técnicas fuera de nuestro horario de atención, les solicitamos que envíe un correo electrónico a [validaciones@csf.com.ar](mailto:validaciones@csf.com.ar) indicando en el título la palabra "Problema" más el código de su Farmacia.

## 14. Cierre electrónico de lotes:

**MUY IMPORTANTE:** Todas las **RECETAS PROCESADAS ELECTRÓNICAMENTE** deben liquidarse **OBLIGATORIAMENTE** mediante la **herramienta CIERRE DE LOTES** que provee para ello el sistema de validación. De igual modo debe procederse con las **DECLARACIONES DE DISPENSA** a fin de incluir ambas modalidades en el **Resumen de Facturación electrónico** que su farmacia presentará en **COMPANIA**. Caso contrario, es motivo de rechazo de las mismas. Utilice dicha herramienta teniendo en cuenta las indicaciones del Instructivo General del sistema.

Aclaración: la **IMPRESIÓN PREVIA** del Cierre de Lote **NO** es válida para la presentación de recetas:



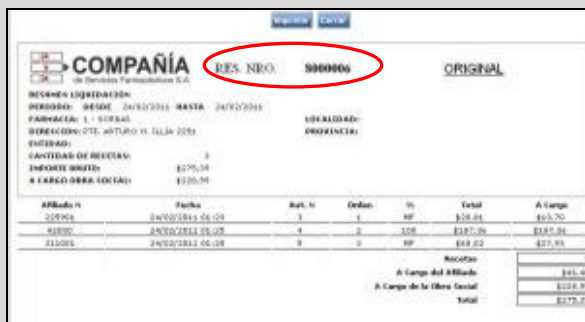
**IMPRESION PREVIA** ORIGINAL

RESUMEN LIQUIDACION  
PERIODO: DESDE 24/02/2011 HASTA 24/02/2011  
FARMACIA: 1 - 909040  
DIRECCION: ENTIDAD: 6  
CANTIDAD DE RECETAS: 3  
IMPORTE BRUTO: \$275,29  
A CARGO OBRA SOCIAL: \$220,99

Afiliado N	Fecha	Aut. N	Orden	Un	Total	A Cargo
225001	24/02/2011 01:28	3	10	MP	\$20,01	\$18,76
42000	24/02/2011 01:28	4	100	MP	\$197,28	\$197,24
311000	24/02/2011 01:28	5	10	MP	\$58,02	\$27,99

Rechazo: \$44,40  
A Cargo del Afiliado: \$228,99  
A Cargo de la Obra Social: \$275,29  
Total: \$275,29

**COMPROBANTE NO VALIDO COMO LIQUIDACION**



**IMPRESION PREVIA** ORIGINAL

RESUMEN LIQUIDACION  
PERIODO: DESDE 24/02/2011 HASTA 24/02/2011  
FARMACIA: 1 - 909040  
DIRECCION: CTE. MEDICO H. JULIA 2011  
ENTIDAD: 6  
CANTIDAD DE RECETAS: 3  
IMPORTE BRUTO: \$275,29  
A CARGO OBRA SOCIAL: \$220,99

Afiliado N	Fecha	Aut. N	Orden	Un	Total	A Cargo
225001	24/02/2011 01:28	3	10	MP	\$20,01	\$18,76
42000	24/02/2011 01:28	4	100	MP	\$197,28	\$197,24
311000	24/02/2011 01:28	5	10	MP	\$58,02	\$27,99

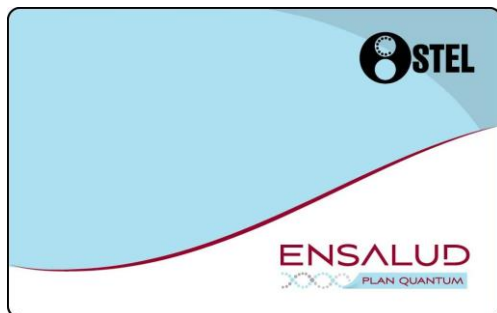
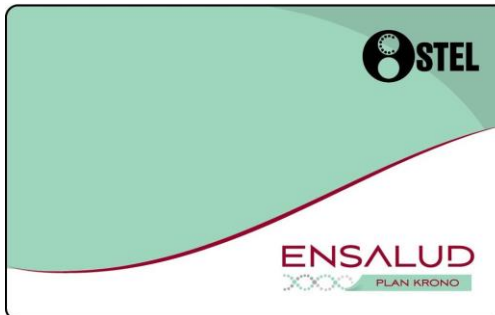
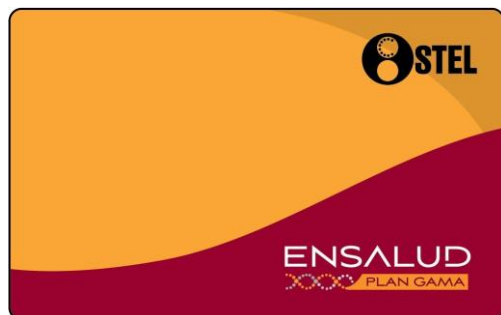
Rechazo: \$44,40  
A Cargo del Afiliado: \$228,99  
A Cargo de la Obra Social: \$275,29  
Total: \$275,29

**RES. NEO: 000000**

## Atención Colegios, Cámaras y/o agrupaciones farmacéuticas:

En el Resumen de Presentaciones por Farmacia debe indicarse **por separado** las recetas procesadas **ON LINE** y las que no lo están.

## 15. Muestra de Credenciales:



Convenio de Atención

**STEL**  
Afiliados Activos

Credencial Provisoria Nro: 10797

GRUPO FAMILIAR

Apellido	Nombre	DNI	Plan
ORTIZ	J M	72 /00	KRONO
ORTIZ	J M	72 /02	KRONO
MUÑOZ	M	72 /03	KRONO
ACUTIA	M R M	72 /04	KRONO

Esta credencial provisoria vence el día 12-03-2018

ENSALUD  
Servicio de Atención al Usuario

info@ensalud.org / www.ensalud.org



**16. Formulario de Autorización:**



**Detalle de la Solicitud 518481**

Obra Social	Afinidad	Zona	Plan	Origen RD OpciónSSS (Rel De
Extra Capita	NO			
Afiliado	DOMICILIO :			
Recetario	Fecha Receta: Fecha Internacion: Derivante:	Fecha Solicitud:		
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 ítems ingresados se le adicionará 660998 (Recepción y toma de muestra) y 660677 (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**  
SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD

[www.ostelensalud.org](http://www.ostelensalud.org)  
[comunicacion@ostelensalud.org](mailto:comunicacion@ostelensalud.org)