

**Vigente a partir del 25 de Noviembre de 2025.**

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.

Los **datos consignados en las validaciones y/o declaraciones deben reflejar fielmente lo indicado en la prescripción** (beneficiario, profesional y/o institución, productos, fecha de prescripción, etc.). Caso contrario, la receta es plausible de observación y débito.

**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 13).

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

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

**1.Descuentos (Válidos sólo para pacientes ambulatorios):**

Planes	Descuento
1.1. Planes BÁSICO, PLATA, CLÁSICO o PREMIUM	<b>40%, 50% o bien lo que indique el sistema de validación (Monto Fijo)</b> @
1.2. Plan Materno Infantil	<b>100%</b> (Ver punto 6) @
1.3. Patologías Crónicas y Diabetes	<b>Monto Fijo, 70% ó 100%</b> (Ver punto 7) @

**2.Habilitación del beneficiario:**

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

2.2. Habilitación del Beneficiario según validación on line:	<p>Ingresar el número de afiliado tal como figura en la credencial, <b>sin guiones ni barras</b>. Por ejemplo:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>NRO. DE BENEFICIARIO</th> <th>NÚMERO A INGRESAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1109160/53</td> <td>110916053</td> </tr> <tr> <td>20-20928322-7</td> <td>20209283227</td> </tr> </tbody> </table> <p>Aclaremos que <b>el número de credencial puede oscilar entre los 7 y los 11 dígitos</b> y que, <b>en todos los casos, debe colocarse tal como figure en la misma, sin guiones ni barras.</b> @</p>	NRO. DE BENEFICIARIO	NÚMERO A INGRESAR	1109160/53	110916053	20-20928322-7	20209283227
NRO. DE BENEFICIARIO	NÚMERO A INGRESAR						
1109160/53	110916053						
20-20928322-7	20209283227						

2.3. Credenciales físicas o digitales de “VISITAR”, “VISITAR-Andar Plan Básico”, o “MEDICENTER”, vigentes en las que figura el nombre del Plan y/o logotipo de la Entidad (ver punto 16)

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:**

3.1. Tipo de recetario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De todo tipo (Particular o de Instituciones)</li> <li>• Recetarios digitales y/o electrónicos <b>con todos sus datos pre-impresos (incluyendo firma y sello del profesional que prescribe);</b></li> <li>• Recetario digital oficial de VISITAR (ver muestra en punto 17)</li> </ul>
-------------------------	---

<p>3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta, o bien pre impresos en recetas electrónicos / digitales:</p>	<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 afiliado completo (*)</li> <li>• Número de documento de identidad (DNI, LC, LE) (**)</li> <li>• Medicamentos recetados y cantidad de cada uno;</li> <li>• Firma y sello de médico u odontólogo, con número de matrícula y aclaración;</li> <li>• Fecha de prescripción;</li> </ul> <p><i>Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción debe estar salvadas por el profesional con su firma y sello.</i></p> <p><i>(*) 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.</i></p> <p><i>(**) En caso de que el número de documento no figure, la farmacia podrá agregarlo firmando el beneficiario al dorso como prueba de conformidad.</i></p>
---	---

#### 4. Validez de la receta:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para la venta: El día de la prescripción y los <b>30</b> días siguientes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para la refacturación: La farmacia posee 30 (treinta) días corridos para presentar en <b>COMPAÑÍA</b> las refacturaciones desde el día que recibe la receta rechazada.</li> </ul>

#### 5. Topes de cobertura:

5.1. Límites de cantidades:		
Renglones por receta:	Hasta 3 (tres)	
Envases por renglón:	Hasta 2 (dos)	
5.2. Antibióticos Inyectables:	<b>Presentación</b>	<b>Entregar</b>
	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.
5.3. 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>	
5.4. Otras especificaciones:	<p><b><u>Cuando el médico:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No especifica cantidades</li> </ul>	<p><b><u>Debe entregarse:</u></b></p> <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” y existen 2 (dos) :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si figura “Tratamiento Prolongado”: La presentación mayor.</li> <li>• Si NO figura “Tratamiento Prolongado”: La presentación menor.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sólo indica la palabra “grande” y existen 3 (tres) o más tamaños:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si figura “Tratamiento Prolongado”: La presentación mayor.</li> <li>• Si NO figura “Tratamiento Prolongado”: 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. Los beneficiarios identificados con cobertura de PMI (madre y niño) según validación online.

6.2. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Medicamentos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MADRE: 100% sobre productos identificados con leyenda “100% PMI MADRE” en Vademécum.</li> <li>- NIÑO: 100% sobre productos identificados con leyenda “100% PMI NIÑO” en Vademécum.</li> </ul> </li> </ul>
---------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leches: Fuera de vademécum - El recetario debe contar con autorización previa de Auditoría Central de Visitar.</li> </ul>
--	--

6.3. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Similar al resto de los planes.</li> </ul>
-----------------	---

6.4. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos: Similar al resto de los planes</li> </ul>
-----------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leches: Lo que autorice la Auditoría Central de Visitar.</li> </ul>
--	--

### 7. Patologías Crónicas y Diabetes:

7.1. Habilitación del Beneficiario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aquellos <u>pacientes crónicos que figuren empadronados para tal fin en el sistema de validación online.</u></li> </ul> <p>En caso de que un paciente <b>no figure habilitado en dicho sistema con cobertura diferencial</b> y así lo requiera, <b>debe ser derivado a VISITAR para su empadronamiento.</b></p>
-------------------------------------	--

7.2. Productos cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acuerdo a lo que figura empadronado para cada afiliado en el sistema de validación online.</li> </ul>
---------------------------	---

7.3. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Similar al resto de los planes. <b>No requiere previa autorización. REQUIERE VALIDACION ONLINE OBLIGATORIA.</b></li> </ul> <p>El afiliado presentará <b>recetario original, fotocopia o receta digital de la prescripción en la primera entrega y luego copia del mismo comprobante para las entregas subsiguientes.</b> <u>A partir de la segunda, y para evitar rechazos del sistema, ingresar como fecha de prescripción la fecha de venta</u></p> <p><u>Por su parte, aclaramos que continúan siendo válidas las autorizaciones de VISITAR para medicación crónica y que dichos casos deben canalizarse a través de Declaración de Dispensa.</u></p> <p>Por lo tanto, <u>la validación online es obligatoria siempre y cuando la receta no se encuentre autorizada por la entidad.</u></p>
-----------------	---

7.4. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acuerdo a lo que figura empadronado y autorizado en el sistema de validación online.</li> </ul>
-----------------------------	---

### 8. Productos cubiertos:

8.1. Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el Vademécum vigente de la Entidad.

- 8.2. **Vacunas: Poseen cobertura:**
- Vacunas del Calendario Nacional (Plan Materno Infantil: 100% - Resto de los planes: 40%)
  - Antitetánica (Toxoide tetánico)
- Atención:** No se reconocerán inmunizaciones activas de ningún tipo

Les recordamos que **en caso de que una marca no se encuentre cubierta, su farmacia está en condiciones de ofrecer un reemplazo incluido en Vademécum de VISITAR.** En ese caso, el afiliado firmará en conformidad.

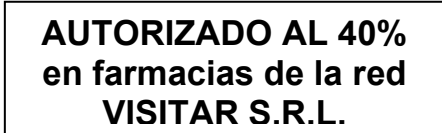
**9. Autorizaciones Especiales:**

**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 Auditoría Central de VISITAR o mediante el Formulario de Autorización pre-impreso, indicando la leyenda "Autorizado" (ver muestra punto 16).

- La Farmacia puede solicitar Autorización comunicándose al 011-4761-2442.

Asimismo, informamos que el siguiente sello es válido para autorizar medicación al 40% (únicamente para Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires):



(\*) Se deja constancia que ésta es una imagen a modo ilustrativo, dado que no representa fielmente el sello a utilizar.

**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 o cotejar 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, 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.

11.6. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

11.7. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos (a completar sólo por el beneficiario o tercero en su nombre);

**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. 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 **COMPAÑÍA**. 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: L - LOCALIDAD:  
 DIRECCION: PROVINCIA:  
 ENTIDAD: 4  
 CANTIDAD DE RECETAS: 3  
 IMPORTE BRUTO: \$275,29  
 A CARGO OBRA SOCIAL: \$228,99

Afiliado N	Fecha	Aut. N	Orden	%	Total	A Cargo
22501	24/02/2011 01:23	2	1	MP	\$20,00	\$20,00
42000	24/02/2011 01:25	4	100	MP	\$187,29	\$187,29
311001	24/02/2011 01:25	5	MP	\$49,00	\$27,99	

Recetas: 3  
 A Cargo del Afiliado: \$48,40  
 A Cargo de la Obra Social: \$228,99  
 Total: \$277,39

**COMPROBANTE NO VALIDO COMO LIQUIDACION**

**DES NRO. 000000 ORIGINAL**

RESUMEN LIQUIDACION  
 PERIODO: DESDE 24/02/2011 HASTA 24/02/2011  
 FARMACIA: L - LOCALIDAD:  
 DIRECCION: CTE. ARTURO H. TULLA 2551 PROVINCIA:  
 ENTIDAD: 4  
 CANTIDAD DE RECETAS: 3  
 IMPORTE BRUTO: \$275,29  
 A CARGO OBRA SOCIAL: \$228,99

Afiliado N	Fecha	Aut. N	Orden	%	Total	A Cargo
22501	24/02/2011 01:23	2	1	MP	\$20,00	\$20,00
42000	24/02/2011 01:25	4	100	MP	\$187,29	\$187,29
311001	24/02/2011 01:25	5	0	MP	\$49,00	\$27,99

Recetas: 3  
 A Cargo del Afiliado: \$48,40  
 A Cargo de la Obra Social: \$228,99  
 Total: \$277,39

### 14. Atención de Consultas:

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de **COMPAÑÍA** al 0810-362-0034. E-mail: [info@csf.com.ar](mailto:info@csf.com.ar), de Lunes a Viernes, de 9:00 a 18:00 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.

### 15. Muestra de Credenciales:

**PLAN PREMIUM**  
 Denominación del Plan (Básico, Clásico o Premium)  
 Nombre y Apellido: REBAUDO STELLA MARIS  
 DNI: 25.710.479  
 N° Afiliado: 10000803630200  
 Fecha de Alta: 20/03/02  
 Obra Social: AMSA  
 Fecha de Baja: 20/03/03  
 Denominación de la Obra Social

**Plan BASICO GLOBAL**  
 DOMINGUEZ MONICA  
 Dec 10.121.195  
 Afiliado 27101211980  
 Alta 1/09/2004  
 Obra Social XXXX  
 IVA Exento  
 Vto 1/09/2005

**Medicenter MEDICINA PRIVADA**  
 N° 12284/0 PLAN R1  
 GOMEZ, JUAN MANUEL  
 D.N.I. 20.566.789  
 INGRESO 01/02/2005  
 FCIA.Dto 40%

Si indica "AMPAR" u "OSPIM" no posee cobertura.

Si indica planes "Básico OS-191 OSCEP" y "Básico Global OS-191 OSCEP" posee cobertura únicamente en interior del país.

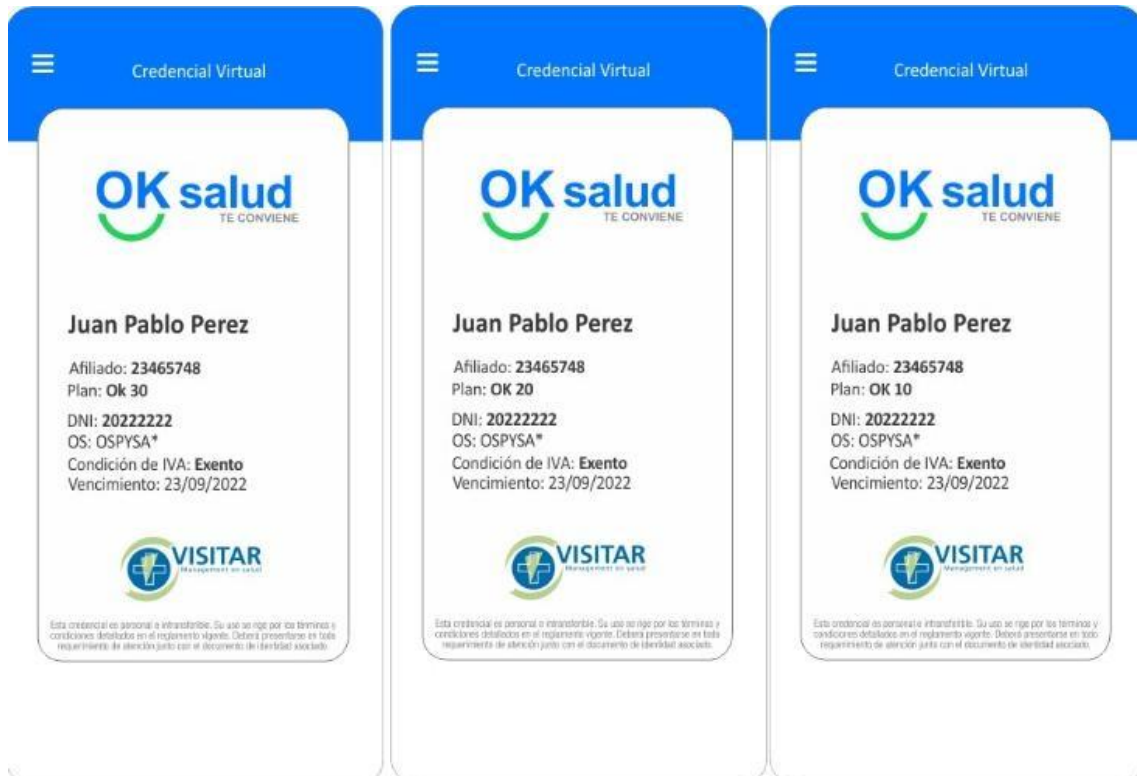




EXCLUSIVO PARA LAS PROVINCIAS DE CHACO, FORMOSA Y SAN LUIS:



**VISITAR – OK SALUD (exclusivo para Cdad. de Córdoba y Rosario)**



**16. Formulario de Autorización**



**Solicitud de Autorización**

Entidad 11364 - FARMACIA DELGADO Número de Orden Amb-8721419  
 Afiliado - , ( años)

Obra Social	O.S.V.V.R.A. MONOTRIBUTO AMBA
Plan	PLAN BASICO DEP
Prestador Solicitante	
Fecha de prescripción	02/02/2017
Fecha de realización	02/03/2017
Área de Atención	Ambulatorio
Diagnóstico CIE-10	-
Diagnóstico Presunt	
Código de Autorización	2065679
Estado	Autorizado
Motivo	

La "fecha de realización" señala el vencimiento de la autorización.

Para poder atender al beneficiario, la Farmacia deberá constatar que diga **AUTORIZADO**. Caso contrario, figurará **RECHAZADO**.

Si figura la leyenda "se autoriza entregar sin receta médica", la dispensa es válida sin receta.

Señala el producto y el porcentaje de cobertura.

**Listado de Prácticas**

Prestador	Nomenclador	Práctica	Cobertura	Cantidad
611364-FARMACIA DELGADO	Farmacia	2844644-LOTRIAL 5 mg comp.x 60 (Roemmers)	70 %	1
611364-FARMACIA DELGADO	Farmacia	5695392-ASPIRINA PREVENT comp.cub.enterica x 50 (Bayer (PH))	70 %	1
611364-FARMACIA DELGADO	Farmacia	5542683-CARVEDILOL RICHET 25 mg comp.x 28 (Richet)	70 %	1
611364-FARMACIA DELGADO	Farmacia	5308841-ATORVASTATIN CALCICO RICHET 20 mg comp.rec.x 30 (Richet)	70 %	1

-----  
Firma y Sello del Prestador

-----  
Firma, aclaración y DNI del Afiliado

En caso de que el formulario de autorización indique una farmacia especial, **debe ser atendida únicamente en esa** y no en otra prestadora.

**No es obligatorio** completarlo, **siempre y cuando** la receta esté sellada por la farmacia y el afiliado firme en conformidad allí mismo o en el ticket.

**IMPORTANTE:** si en la columna "Prestador" se indica algún circuito ajeno a COMPAÑÍA (por ejemplo, una droguería) el formulario **no es válido para la dispensa.**

**17. Recetario digital:**



00303

## Receta médica

- Fecha:
- Nombre completo:
- DNI:
- Obra Social:
- Número de afiliado:
- Plan:
- Diagnóstico:

Nombre:	
Nombre genérico:	
Presentación:	
Dosis:	
Forma Farmacéutica:	
Cantidad:	
Cantidad de envases:	



Flamenco, Emilio  
MN 111111  
Médico

Mail: [recetas@llamandoaldoctor.com](mailto:recetas@llamandoaldoctor.com)