

**Vigente a partir del 1° de Octubre de 2020.**

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

**1. Descuentos (válidos para pacientes ambulatorios):**

1.1. Credencial Plan PMO (color blanca):	<b>40%</b>	@
1.2. Resto de las credenciales	<b>40%, 50%, 75% o descuento que indique la validación online</b>	@
1.3. Plan Materno Infantil:	<b>100%</b> (Ver punto 6)	@
1.4. Patologías Crónicas, Diabetes, Anticonceptivos y Discapacidad:	<b>Descuento que indique la validación online</b> (Ver punto 7)	@

**2. Habilitación del beneficiario:**

2.1. Credencial (física o digital) definitiva o provisoria (según muestras).

Cabe destacar que la presentación de la credencial es **OBLIGATORIA** al momento de la venta.

2.2. Habilitación del Beneficiario según validación on-line	<p>Ingresar el número de beneficiario tal <u>como figura en la credencial, sin espacios ni “0” a la izquierda (excepto que se trate de la credencial digital, en cuyo caso sí hay que colocarlo)</u>. Por ejemplo:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NRO. DE BENEFICIARIO EN CREDENCIAL</th> <th>NÚMERO A INGRESAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Credencial física o provisoria</b> 038560 03</td> <td>3856003</td> </tr> <tr> <td><b>Credencial digital</b> 038560 03 127</td> <td>03856003127</td> </tr> </tbody> </table>		NRO. DE BENEFICIARIO EN CREDENCIAL	NÚMERO A INGRESAR	<b>Credencial física o provisoria</b> 038560 03	3856003	<b>Credencial digital</b> 038560 03 127	03856003127	@
NRO. DE BENEFICIARIO EN CREDENCIAL	NÚMERO A INGRESAR								
<b>Credencial física o provisoria</b> 038560 03	3856003								
<b>Credencial digital</b> 038560 03 127	03856003127								

2.3. 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) <b>con membrete</b> del médico tratante o Institución Médica / Odontológica / Diagnóstico / Emergencias habilitados.</li> <li>• Recetarios <b>sin membrete</b> (ya sea en blanco o con publicidad de medicamentos) siempre y cuando conste <b>con alguna identificación de la Institución</b> (sello, por ejemplo).</li> </ul> <p><b>Ingresar en el Sistema el número de matrícula del profesional</b> (ver punto 3.4).</p> <p><b>NO SON VÁLIDOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recetarios con publicidad de medicamentos sin identificación de la Institución.</li> <li>• Recetarios de servicios laborales de empresas ajenas a la salud.</li> <li>• <u>Patologías Crónicas, Diabetes, Anticoncepción, Discapacidad</u>: Recetario especial (ver punto 7).</li> </ul>	@
-------------------------	--	---

3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:

- Denominación de la entidad (\*);
- Nombre y apellido del paciente (\*);
- Número de afiliado (\*) (\*\*);
- Diagnóstico (dato opcional) (\*);
- **Medicamentos recetados por principio activo** (\*). Podrá indicar una marca sugerida, y el profesional farmacéutico sustituirla por una especialidad medicinal que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades incluida en el Vademécum. En esos casos, el socio deberá firmar en conformidad por el reemplazo. **Se rechazarán recetas que no presenten principio activo.** (\*\*\*)
- Cantidad de cada medicamento (\*);
- Firma y sello con número de matrícula y aclaración;
- Fecha de prescripción;

Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción debe estar salvadas por el profesional con su firma y sello.

**(\*) Datos que pueden figurar preimpresos.**

**(\*\*)** 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.

**(\*\*\*)** En aquellos recetarios mencionados en el punto 7.1 que cuenten con el principio activo correspondiente al pie del mismo, el profesional también deberá repetirlo de puño y letra. Tener en cuenta que el profesional solo podrá prescribir en estos recetarios la/s monodroga/s indicada/s en los mismos.

3.3. Aclaración importante - ODONTÓLOGOS:

Los **profesionales odontólogos** podrán **prescribir exclusivamente** medicamentos acordes a su especialidad, tal como se detalla en el **punto 8** del presente anexo.

**Atención: Momentáneamente el sistema de validación online NO efectúa dicho control. Su farmacia debe verificar manualmente dichas prescripciones, y luego continuar la validación online como con el resto de las recetas.**

3.4. Prestadores INHABILITADOS:

AVALIAN cuenta con un listado de prestadores inhabilitados y el sistema de validación online efectúa el control correspondiente.

Reiteramos que es necesario **ingresar la matrícula del profesional correctamente en el sistema de validación online.**

#### 4. Validez de la receta:

El día de la prescripción y los **29** 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) de distinta droga o potencia	Hasta 3 (tres) de distinta droga o potencia
Envases por renglón:	Hasta 1 (uno) de cualquier tamaño	Hasta 2 (dos) de cualquier tamaño
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>	
5.3. Sueros y Antibióticos Inyectables:	<b>Presentación</b>	<b>Entregar</b>
	Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	Hasta 4 (cuatro)

**Aclaración:** Las normas que determinan los topes en las coberturas (cantidad de medicamentos por día, semana y mes) son internas, dinámicas y están relacionadas con la historia clínica integral de cada afiliado. Por lo tanto, en la validación online pueden variar las pautas indicadas precedentemente.

5.4. Psicofármacos:	• El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia.	
5.5. Otras especificaciones:	<b>Quando el médico:</b>	<b>Debe entregarse:</b>
	• No especifica cantidades	• El envase de menor contenido.
	• Sólo indica la palabra “grande”	• La presentación siguiente a la menor.
	• Equivoca la cantidad y/o contenido	• El tamaño inmediato inferior al indicado.

**6. Plan Materno Infantil:**

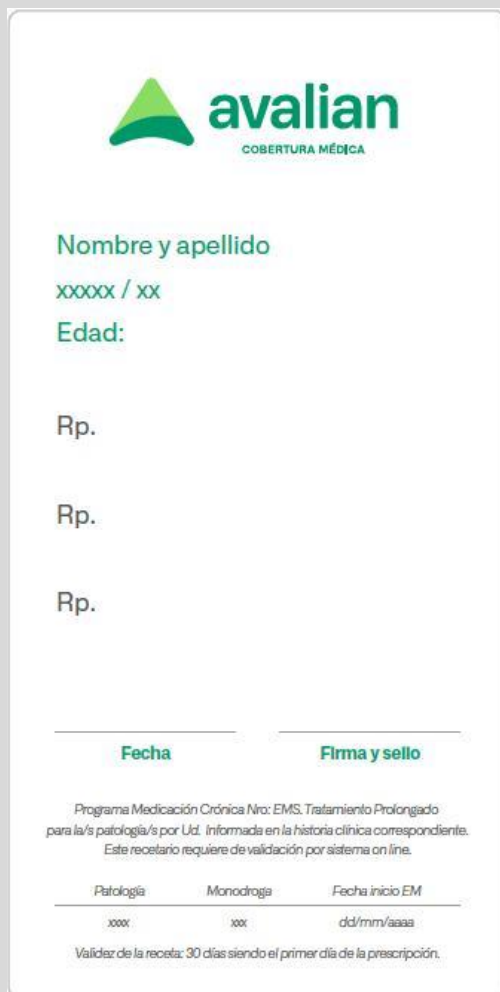
6.1. Descuento:	• <b>100% según validación on line.</b>	@
6.2. Recetario:	• Similar a la cobertura general. <b>No requiere autorización</b> de la Entidad.	@
6.3. Productos Cubiertos:	• Medicamentos cubiertos por el plan general, según validación online.	@
6.4. Límites de cantidades y renglones por receta:	• Similar al resto de los planes.	@

**7. Patologías Crónicas, Diabetes, Anticonceptivos y Discapacidad:**

**NO requiere previa autorización, pero debe VALIDARSE OBLIGATORIAMENTE** (a través de [www.plataformacsf.com](http://www.plataformacsf.com) o bien mediante sistemas de facturación integrados). Caso contrario, **es motivo de rechazo del mismo.**

**IMPORTANTE:** Aún cuando se trate de una **medicación que “requiere previa autorización”, NO RECHACE al socio.** Su farmacia **DEBE CONTINUAR CON LA VALIDACIÓN ONLINE** ya que el sistema resolverá el trámite.

7.1. Muestras de recetarios (Si cada uno de ellos consta de varios cuerpos, el socio presentará cada uno como recetario independiente):



**avalian**  
COBERTURA MÉDICA

Nombre y apellido  
xxxxx / xx

Edad:

Rp.

Rp.

Rp.

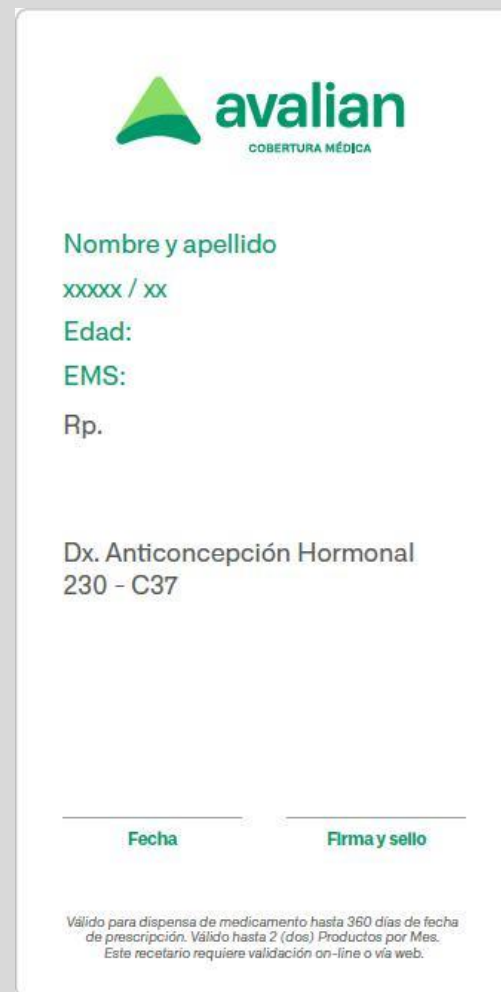
Fecha      Firma y sello

Programa Medicación Crónica Nro: EMS. Tratamiento Prolongado para la/s patología/s por Ud. Informada en la historia clínica correspondiente. Este recetario requiere de validación por sistema on line.

Patología	Monodroga	Fecha inicio EM
xxxx	xxx	dd/mm/aaaa

Validez de la receta: 30 días siendo el primer día de la prescripción.

**Patologías Crónicas**



**avalian**  
COBERTURA MÉDICA

Nombre y apellido  
xxxxx / xx

Edad:

EMS:

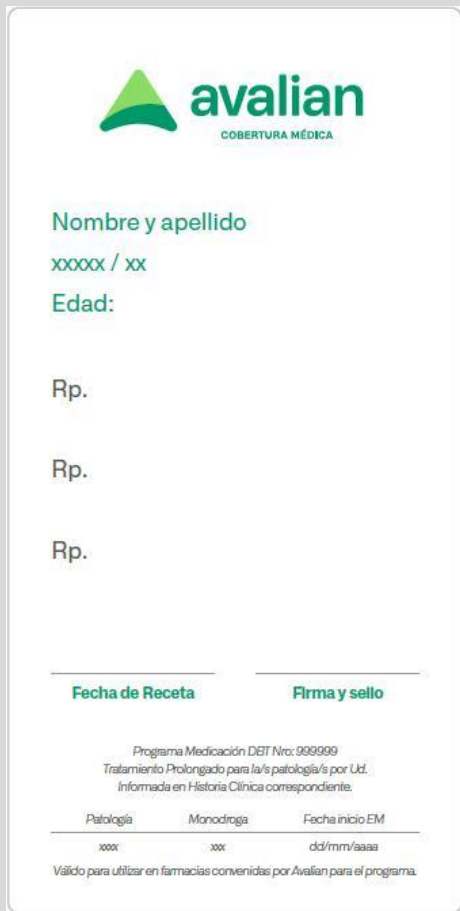
Rp.

Dx. Anticoncepción Hormonal  
230 - C37

Fecha      Firma y sello

Válido para dispensa de medicamento hasta 360 días de fecha de prescripción. Válido hasta 2 (dos) Productos por Mes. Este recetario requiere validación on-line o vía web.

**Anticonceptivos**



**avalian**  
COBERTURA MÉDICA

Nombre y apellido  
xxxxx / xx

Edad:

Rp.

Rp.

Rp.

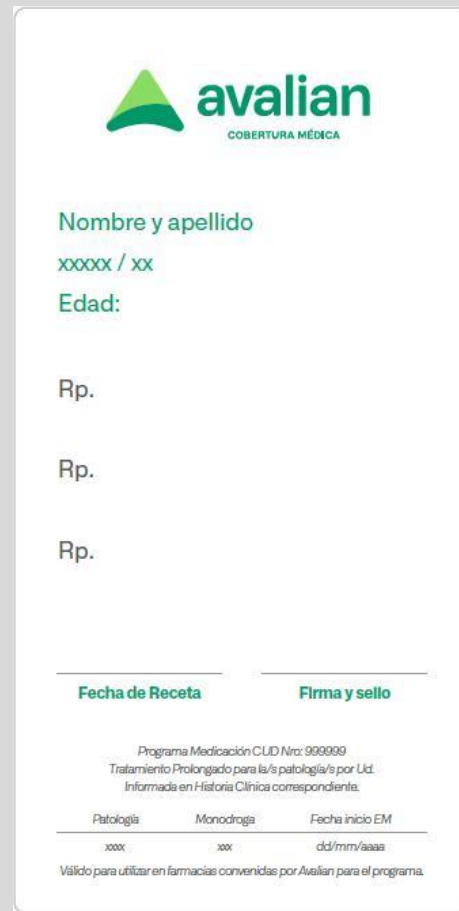
Fecha de Receta      Firma y sello

Programa Medicación DGT Nro: 999999  
Tratamiento Prolongado para la/s patología/s por Ud.  
Informada en Historia Clínica correspondiente.

Patología	Monodroga	Fecha inicio EM
xxxx	xxx	dd/mm/aaaa

Válido para utilizar en farmacias convenidas por Avalian para el programa.

**Diabetes**



**avalian**  
COBERTURA MÉDICA

Nombre y apellido  
xxxxx / xx

Edad:

Rp.

Rp.

Rp.

Fecha de Receta      Firma y sello

Programa Medicación CUD Nro: 999999  
Tratamiento Prolongado para la/s patología/s por Ud.  
Informada en Historia Clínica correspondiente.

Patología	Monodroga	Fecha inicio EM
xxxx	xxx	dd/mm/aaaa

Válido para utilizar en farmacias convenidas por Avalian para el programa.

**Discapacidad**

<p>7.2. Recetario:</p>	<p><b>Oficiales AVALIAN para Patologías Crónicas, Diabetes, Anticoncepción y Discapacidad (según muestras).</b></p> <p><b>Aclaraciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principio/s activo/s, fecha, firma y sello del profesional deben figurar en original y de puño y letra.</li> <li>• Cuando el <i>principio activo correspondiente figure al pie del recetario, el profesional también deberá repetirlo de puño y letra. Tener en cuenta que el profesional solo podrá prescribir en estos recetarios la/s monodroga/s indicada/s en los mismos.</i></li> <li>• Los <u>datos del afiliado</u> (Apellido y Nombre, Número de Socio, etc.) deben figurar <u>pre-impresos</u>.</li> <li>• Continúa siendo válida la prescripción de anticonceptivos orales en recetarios distintos al indicado.</li> </ul>
<p>7.3. Validez del recetario:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Anticoncepción:</b> la validez figura impresa en el recetario.</li> <li>• <b>Resto de las patologías:</b> El día de la prescripción y los <b>29 días</b> siguientes.</li> </ul> <p><b>Según indique el sistema de validación online.</b></p>
<p>7.4. Productos cubiertos y descuentos a aplicar</p>	<p><b>Aclaraciones recetario Diabetes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principio/s activo/s y/o insumo/s a prescribir son los indicados al pie del recetario.</li> <li>• El profesional prescribirá en recetarios separados: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hipoglucemiantes orales e inyectables (no insulina)</li> <li>○ Insulinas y/o rescate por hipoglucemia (glucagón)</li> <li>○ Tiras, lancetas y/o agujas</li> </ul> </li> </ul>

7.5. Límites de cantidades:

- **Anticoncepción:** Hasta 2 (dos) envases del mismo producto por receta.
- **Resto de patologías:** Según indique el sistema de validación online.

### 8. Controles especiales de la prescripción:

Prescripción Odontológica:

- Antibióticos
- Anticariogénicos y Tratamientos de Llagas y Aftas
- Antihemorrágicos
- Antiherpéticos
- Analgésicos (No Narcóticos)
- Antiinflamatorios
- Antimicóticos Bucales
- Antihistamínicos
- Antieméticos (No Setrones)
- Vitaminas O Minerales
- Vacunación Antitetánica

**Atención – Reiteramos:** Momentáneamente el sistema de validación online NO efectúa dicho control. Su farmacia debe verificar manualmente dichas prescripciones, y luego continuar la validación online como con el resto de las recetas.

### 9. Productos cubiertos:

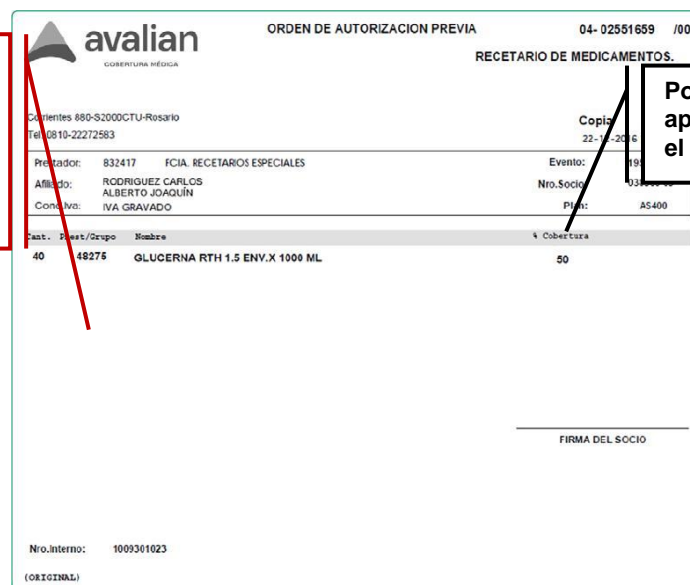
Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales APROBADAS POR EL SISTEMA DE VALIDACIÓN ON LINE.

### 10. Autorizaciones Especiales:

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

10.1. La siguiente **Orden de Autorización Previa** (según muestra) es válida para efectuar autorizaciones por productos que así lo requieran y cualquier otra excepción a la norma. **Debe estar acompañada SIN EXCEPCIÓN por la orden médica original** correspondiente para su expendio.

**Atención:** Dicha orden deberá presentarse en COMPAÑÍA acompañada OBLIGATORIAMENTE por la receta original correspondiente. **Caso contrario, será motivo de débito.**



ORDEN DE AUTORIZACION PREVIA 04-02551659 /00  
RECETARIO DE MEDICAMENTOS.

Clientes 880-S2000CTU-Rosario  
Tel: 0810-22272583

Copias: 22-11-2016 191

Proveedor: 832417 FCIA. RECETARIOS ESPECIALES Evento: 03000000  
Afiliado: RODRIGUEZ CARLOS Nro.Socio: 03000000  
Cont.Nº: IVA GRAVADO Ptas: AS400

Dist.	Pres/Grupo	Nombre	Cobertura
40	48275	GLUCERNA RTH 1.5 ENV.X 1000 ML	50

FIRMA DEL SOCIO

Nro.interno: 1009301023  
(ORIGINAL)

**Porcentaje de cobertura a aplicar (40%, 50%, 100% o el que se indique).**

- **Productos cubiertos y límites de cantidades:** los indicados en dicha orden.
- **Plazo de validez:** **15 días** a partir de la fecha de la autorización, e incluyendo la misma.

### 11. 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.



## 12. Datos a completar por la farmacia:

12.1. **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.

12.2. Fecha de venta;

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

12.4. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales)

12.5. 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.

12.6. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

12.7. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos;

## 13. Recomendaciones Especiales:

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

13.2. 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).

13.3. 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.

13.4. Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

## 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 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:



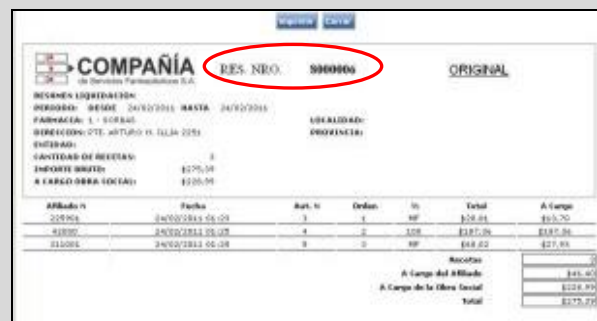
IMPRESIÓN PREVIA ORIGINAL

RESUMEN LIQUIDACION  
PERIODO: DESDE 24/02/2011 HASTA 24/02/2011  
FARMACIA: 1 - LOCALIDAD: PROVINCIA:  
DIRECCION:  
ENTIDAD: \*  
CANTIDAD DE RECETAS: 3  
IMPORTE BRUTO: \$275,99  
A CARGO OBRA SOCIAL: \$228,99

Arbitrio N	Fecha	Aut. N	Orden	%	Total	A Cargo
225992	24/02/2011 01:23	3		MP	\$20,25	\$19,76
42088	24/02/2011 01:25	4		SO	\$187,36	\$187,36
311001	24/02/2011 01:25	5		MP	\$68,38	\$27,93

Retenidos  
A Cargo del Arbitrio: \$46,40  
A Cargo de la Obra Social: \$228,99  
Total: \$275,39

**COMPROBANTE NO VALIDO COMO LIQUIDACION**



RES. NRO. 0000000 ORIGINAL

RESUMEN LIQUIDACION  
PERIODO: DESDE 24/02/2011 HASTA 24/02/2011  
FARMACIA: 1 - LOCALIDAD: PROVINCIA:  
DIRECCION: CTE. MITRIDIO H. JULIA 2011  
ENTIDAD: \*  
CANTIDAD DE RECETAS: 3  
IMPORTE BRUTO: \$275,99  
A CARGO OBRA SOCIAL: \$228,99

Arbitrio N	Fecha	Aut. N	Orden	%	Total	A Cargo
225992	24/02/2011 01:23	3		MP	\$20,25	\$19,76
42088	24/02/2011 01:25	4		SO	\$187,36	\$187,36
311001	24/02/2011 01:25	5		MP	\$68,38	\$27,93

Retenidos  
A Cargo del Arbitrio: \$46,40  
A Cargo de la Obra Social: \$228,99  
Total: \$275,39

## 15. Atención de Consultas:

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de **COMPAÑÍA** 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.

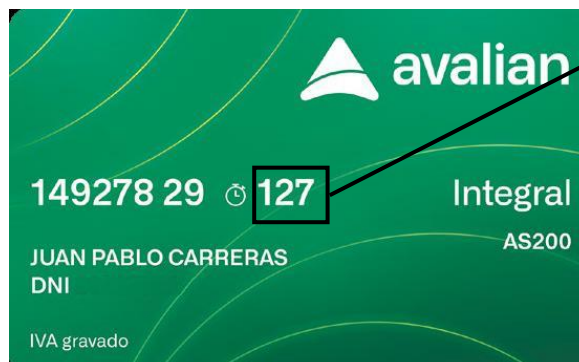
**16. Muestra de credenciales:**



**Exclusivo Plan PMO**



**Credencial digital**



Código dinámico

**Aclaraciones:**

- Al momento de realizar la atención el Prestador deberá cargar en la plataforma de autorizaciones el número del Asociado seguido del código dinámico de 3 dígitos (11 dígitos en total, sin espacios).
- El código dinámico dura 60 segundos y se necesita uno nuevo por cada acción que el Asociado quiera realizar. Se actualizará 3 veces de manera automática y luego puede refrescarse manualmente.

**Credencial provisoria**

**Credencial Provisoria**

**Fecha 20/01/2020** **Válido hasta el 31/01/2020**

Certificamos que las personas que se detallan en el presente documento se encuentran protegidas por nuestra Cobertura Médico Asistencial, con las siguientes características:

Plan	AS200
Cobertura Medicamentos	40%
Condición IVA	Gravado
Agencia	650013

**ASOCIADO TITULAR**

Asociado	Apellido y Nombres	Edad	Grupo	Tipo y Nro Documento	Fecha de Ingreso
xxxxxx/xx	Rodriguez Carlos	31	TIT	DNI xxxxxxxx	01/10/2016

**Gcia. Gestión del Asociado Avalian**

**17. Transacciones On Line Rechazadas:**

Si la transacción resulta **RECHAZADA** ver en el comprobante el/los motivos del rechazo. Ejemplos:

**"Requiere intervención médica de AVALIAN"**: Debe intervenir AVALIAN previamente, evite el expendio.

**MUY IMPORTANTE:** Entregue el comprobante donde consta el motivo del rechazo y número de transacción al asociado para que complete el trámite en AVALIAN.

**"Prestación anulada"**: Si uno de los medicamentos ingresados en una receta no está cubierto o requiere intervención de AVALIAN para su expendio, la autorización se rechaza en su totalidad. Por lo tanto, al resto de medicamentos que comparten dicha transacción le anula la autorización.

**"Afiliado no habilitado (B)"**: Asociado No habilitado al consumo.

**"La prescripción está vencida"**: Viola norma de validez de la receta (ver punto 4).

**18. Sistema de contingencia:**

En caso de registrar problemas con la conexión al sistema de validación online, el porcentaje de cobertura a cargo de AVALIAN es el informado en la Credencial, según lo indicado en el punto 1. A fin de aplicar la cobertura sobre los productos requeridos, solicitamos verificar su cobertura en el Vademécum General vigente que se remite mensualmente.

**Una vez restablecido el sistema online, validar la prescripción.**