



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

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

1.1. Planes	Descuento	Vademécum
ENSALUD DELTA – ENDOCTER INTEGRAL	<b>40%</b>	BAJO
ENSALUD KRONO ENDOCTER TOTAL ENSALUD QUANTUM ENDOCTER GLOBAL		ALTO
ENSALUD KRONO PLUS ENDOCTER TOTAL PLUS ENSALUD QUANTUM PLUS ENDOCTER GLOBAL PLUS	<b>50%</b>	
1.2. Plan Materno Infantil:	<b>100%</b> (ver punto 6)	
1.3. Anticonceptivos:	<b>100%</b> (ver punto 7)	
1.4. Patologías Crónicas e Hipoglucemiantes Orales:	<b>70%, 80% ó 100%</b> Ver punto 8	
1.5. Autorizaciones Especiales:	<b>Ver punto 10</b>	

**2.Habilitación del beneficiario:**

2.1. Credencial (según muestras).

2.2. Habilitación del Beneficiario según validación online.	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>
	<b>600005 / 01</b>	<b>60000501</b>

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:**

3.1. Tipo de recetario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De todo tipo (Particular o de Instituciones).</li> </ul> <p><b>ATENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>NO son válidos los recetarios sin membrete del médico o la institución que emite la receta</b> (por ejemplo: recetarios en blanco o de publicidad de medicamentos).</li> <li>- <b>Los recetarios de ENSALUD</b> (ver muestra punto 17) <b>son válidos para Todos Los Planes.</b></li> </ul>
3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta. <b>La falta de alguno de los siguientes datos es motivo de débito:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Denominación de la entidad (**);</li> <li>• Nombre y apellido del paciente;</li> <li>• <b>DIAGNOSTICO (*)</b></li> <li>• Número de afiliado (**);</li> <li>• <b>Medicamentos recetados por principio activo</b>, indicando una marca sugerida incluida en el Vademécum. <b>Se rechazarán recetas que no presenten Principio Activo.</b></li> <li>• Cantidad de cada medicamento;</li> <li>• Firma y sello con número de matrícula y aclaración;</li> <li>• Fecha de prescripción;</li> </ul>



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

(\*) Es válida la leyenda “Secreto Médico”.

(\*\*) Datos que pueden ser salvados por el beneficiario y el farmacéutico. Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto y/o la denominación de la entidad haya sido omitida por el profesional, 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.

#### 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 (5.2.)
Renglones por receta:	Hasta 2 (dos)	Hasta 2 (dos)
Envases por renglón (no inyectable):	Hasta 1 (uno)	Hasta 2 (dos)
5.2. Tratamiento Prolongado:	<p>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.</p> <p><b>En estos casos debe indicarse en el sistema de Validación Online que la receta corresponde a Tratamiento Prolongado.</b></p>	
5.3. Antibióticos Inyectables:	<b>Presentación</b>	<b>Entregar</b>
	Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	Hasta 5 (cinco)
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>Cuando el médico:</b>	<b>Debe entregarse:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>No especifica cantidades</li> <li>Sólo indica la palabra “grande”</li> <li>Equivoca la cantidad y/o contenido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El envase de menor contenido.</li> <li>La presentación siguiente a la menor.</li> <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>El afiliado debe figurar con cobertura PMI según validación on line.</li> </ul>
6.2. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Igual a la cobertura general. Debe contar con la leyenda “<b>Plan Materno Infantil</b>” o <b>PMI</b> por parte del profesional <b>REQUIERE VALIDACION ONLINE OBLIGATORIA.</b></li> </ul>
6.3. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vademécum PMI de acuerdo al plan del afiliado.</li> </ul>
6.4. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Igual a la cobertura general.</li> </ul>

#### 7. Anticonceptivos:

7.1. Habilitación del beneficiario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes que requieran anticonceptivos que figuren empadronadas para tal fin en el sistema de validación online.</li> </ul> <p>En caso de que una paciente <b>no figure habilitada en dicho sistema con cobertura diferencial</b> y así lo requiera, <b>debe ser derivada a ENSALUD para su empadronamiento.</b></p>
7.2. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certificado de Autorización de Anticonceptivos (según muestra), válido por 3 (tres) meses. <b>NO es necesario prescripción original adicional, pero el Certificado debe ser original. REQUIERE VALIDACION ONLINE OBLIGATORIA.</b></li> </ul> <p>Aclaraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><u>1ra. y 2da. entrega:</u> el afiliado deberá presentar <u>fotocopia del certificado.</u></li> <li><u>3ra. entrega:</u> el afiliado deberá presentar el <u>certificado original.</u></li> <li>La afiliada deberá firmar el certificado en conformidad al período correspondiente y la farmacia adherir el troquel correspondiente.</li> </ul>



7.3. Descuento y productos cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>100% según Vademécum y de acuerdo a lo que figure empadronado para cada beneficiaria en el sistema de validación online.</li> </ul> <p>En caso de no contar con el empadronamiento correspondiente, los productos carecen de cobertura al descuento general.</p>	@
7.4. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 (un) envase mensual (aún cuando la prescripción indique la totalidad de envases para el trimestre).</li> </ul> <p><b>Atención:</b> No puede realizarse más de una entrega en forma simultánea, excepto que lo autorice expresamente Ensalud.</p>	@
7.5. Validez del Certificado:	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>90 días</b> desde la fecha de emisión figura en el margen superior derecho. NO son válidas las dispensas de Certificados que excedan dicho plazo.</li> <li><u>1ra. entrega:</u> similar a la cobertura general. Ingresar en el sistema como fecha de prescripción la fecha del Certificado.</li> <li><u>2da. y 3ra. entrega:</u> para evitar rechazos del sistema, ingresar como fecha de prescripción la fecha de venta.</li> </ul>	@

## 8. Patologías Crónicas

8.1. Habilitación del beneficiario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes crónicos y/o diabéticos que figuren empadronadas para tal fin en el sistema de validación online.</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 ENSALUD para su empadronamiento.</b></p>		@
8.2. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certificado de Autorización de Cronicidad y/o Diabetes (según muestra), válido por 3 (tres) meses. <b>NO es necesario prescripción original adicional, pero el Certificado debe ser original. REQUIERE VALIDACION ONLINE OBLIGATORIA.</b></li> </ul> <p>Aclaraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><u>1ra. y 2da. entrega:</u> el afiliado deberá presentar <u>fotocopia del certificado.</u></li> <li><u>3ra. entrega:</u> el afiliado deberá presentar el <u>certificado original.</u></li> <li>El afiliado deberá firmar el certificado en conformidad al período correspondiente y la farmacia adherir el troquel correspondiente.</li> </ul>		@
8.3. Descuentos y Productos cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Crónicos:</li> </ul>	<p><b>70%</b> DELTA, INTEGRAL, KRONO, KRONO PLUS, TOTAL, QUANTUM, GLOBAL sobre productos identificados en Vademécum.</p> <p><b>80%</b> QUANTUM PLUS, GLOBAL PLUS sobre productos identificados en Vademécum.</p>	@
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipoglucemiantes orales:</li> </ul>	<p><b>100%</b> (todos los planes) según Vademécum y de acuerdo a lo que figure empadronado para cada beneficiario en el sistema de validación online.</p> <p>En caso de no contar con el empadronamiento correspondiente, los productos carecen de cobertura al descuento general.</p>	@
8.4. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 (un) envase mensual (aún cuando la prescripción indique la totalidad de envases para el trimestre).</li> </ul> <p><b>Atención:</b> No puede realizarse más de una entrega en forma simultánea, excepto que lo autorice expresamente Ensalud.</p>		@
8.5. Validez del Certificado:	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>90 días</b> desde la fecha de emisión figura en el margen superior derecho. NO son válidas las dispensas de Certificados que excedan dicho plazo.</li> <li><u>1ra. entrega:</u> similar a la cobertura general. Ingresar en el sistema como fecha de prescripción la fecha del Certificado.</li> <li><u>2da. y 3ra. entrega:</u> para evitar rechazos del sistema, ingresar como fecha de prescripción la fecha de venta.</li> </ul>		@

## 9. Productos Cubiertos:

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

**10. Autorizaciones Especiales:**

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

Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos cuando se hallen autorizadas por la Entidad mediante Formulario de Autorización (según muestra punto 18) ya sea vía mail o fax, junto con la prescripción original correspondiente.

**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:

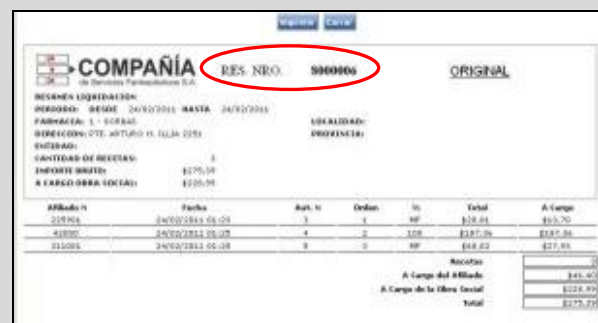
- Encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencias o marcas de sustancias adhesivas).
- Sin signos de desgaste del material en todo o parte del troquel.
- Sin impresiones mediante sellos de cualquier tipo de leyendas legibles o no.
- Sin diferencias en tamaño, grosor 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 COMPANÍA**. 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:





### 15. 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 hs.

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:





**17. Recetario ENSALUD:**

**Atención:** Deben respetarse los topes de cobertura generales, aunque el recetario tenga más renglones.

Formulario de Recetario ENSALUD. Incluye campos para Nombre, Obra Social, Dirección, Teléfono, y un cuadro de selección de servicios (Laboratorio, Radiología, Ecografías, Prácticas Especializadas, Medicación, Otros). También tiene un espacio para el diagnóstico y una sección para la fecha y la firma y sello.

**18. Muestra de Formulario de Autorización**

Formulario de Autorización ENSALUD. Encabezado con el logo de ENSALUD y el título "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 Internación:			
	Derivante:			
Sede EFECTOR	Domicilio:			
	Tel:			
	Localidad: -			

**DIAGNOSTICOS (CIE10)**

Codigo	Descripción

**PRACTICAS**

Codigo	Descripción	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:



**19.Muestra de Certificado de Anticonceptivos y Cronicidad:**

**COBERTURA PROGRAMA DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS**  
P.M.O. Res. 318/04 M.S.  
Tratamiento Trimestral - Entrega Mensual

**ENSALUD**  
Formulario Nro: 4390  
Fecha: 26/11/2019

**DATOS DEL PACIENTE:**  
Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
Afiliado N°: \_\_\_\_\_ D.N.I. N°: \_\_\_\_\_ Plan: Plan Ensalud  
Titular  Familiar  Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICOS (Códigos según Res. 331/04)**

CODIGO	GRUPO	DESCRIPCION	CODIGO	GRUPO	DESCRIPCION
1	1	HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL	18	2	LUPUS ERMATOSICO SISTEMICO
2	1	HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDA	19	1	ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA
3	1	INSUFICIENCIA CORONARIA	20	4	OSTEOARTROSIS
4	1	CARDIOPATIA ISQUEMICA	21	2	ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL
5	1	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGEST.	22	6	DIABETIS
6	1	INSUFICIENCIA CARDIACA	23	2	DERMATOMIOSITIS
7	1	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	24	6	SINDROME DE SJOOGREN
8	1	TTO. ANTICIGUILLANTE	25	2	POUMILOGIA REUMATICA
9	1	ARTROSIAS	26	2	COLICIA BILIAR
10	1	TERAPEUTICA ANTIAGREGANTE	27	5	ENFERMEDAD DE CROHN
11	1	PREV. 1º DE CARDIOPATIA ISQUEM.	28	8	HARKINSON
12	1	PREV. 2º DE CARDIOPATIA ISQUEM.	29	4	EPILEPSIA
13	2	DIABETES TIPO INSULINO REQUIER.	30	7	ESQUIMOPIRIA
14	3	DISLIPIDIAS	31	7	PSICOSIS ORGANICAS
15	4	HIPERTIROIDISMO	32	8	ASMA BRONQUIAL
16	4	HIPOTIROIDISMO	33	8	FIBROSIS QUINQUE
17	6	ARTRITIS REUMATOIDEA	34	9	GLAUCOMA (HIPERTENSION OCULAR)

INDICAR CÓDIGOS Y/U OTROS DIAGNÓSTICOS: \_\_\_\_\_

Tratamiento: Indicar la prescripción por monodosis cubierta (ver validación en www.ensalud.org), concentración, forma y unidades según dosis mensual

PRINCIPIO ACTIVO	FORMA	CONTENIDO	POTENCIA	CONSUMO DIARIO EN UNIDADES	DURACION DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD DE ENVASES
1						
2						
3						

**SR. PROFESIONAL:** Indique Períodos de Tratamiento: Mes y Años  
1º Período de Tratamiento: \_\_\_\_\_  
2º Período de Tratamiento: \_\_\_\_\_  
3º Período de Tratamiento: \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS**  
Período: \_\_\_\_\_  
Sello y Firma del Farmacéutico

**DATOS A COMPLETAR**  
Beneficiario  Tercero Interviniente   
Firma conforma: \_\_\_\_\_  
Aclaración: \_\_\_\_\_  
Tipo y N° de Doc.: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL MEDICO TRATANTE**  
Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
Matrícula MP: \_\_\_\_\_ MN: \_\_\_\_\_  
Institución: \_\_\_\_\_  
Firma y Sello

**COBERTURA ANTICONCEPCIÓN**  
Tratamiento Trimestral - Entrega Mensual

**Formulario Nro: 4397**  
**ENSALUD**  
Fecha: 26/11/2019

**DATOS DEL PACIENTE:**  
Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
Afiliado N°: \_\_\_\_\_ D.N.I. N°: \_\_\_\_\_ Plan: Plan Ensalud  
Titular  Familiar  Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**PRINCIPIOS ACTIVOS CORRESPONDIENTES A DIAGNOSTICOS GRUPO 4 (Códigos Según Res.)**

PRINCIPIOS ACTIVOS
ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + ACETATO DE CIPROTERONA 2 mgr
ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + DESORGESTREL 0.15 mgr
ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + GESTODENO 0.06/075 mgr
ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + LEVONORGESTREL entre 0.10 y 0.30 mgr
ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + NORGESTIMATO 0.250 mgr
ETINILESTRADIOL entre 0.03 y 0.04 mgr + GESTODENO 0.05-0.1 mgr
ETINILESTRADIOL entre 0.03 y 0.04 mgr + LEVONORGESTREL entre 0.05 y 0.125 mgr
LEVONORGESTREL 0.030 mgr
LINESTRENOL 0.5 mgr

INDICAR CÓDIGOS Y/U OTROS DIAGNÓSTICOS: \_\_\_\_\_

Tratamiento: Indicar la prescripción por monodosis cubierta (ver validación en www.ensalud.org), concentración, forma y unidades según dosis mensual

PRINCIPIO ACTIVO	FORMA	CONTENIDO	POTENCIA	CONSUMO DIARIO EN UNIDADES	DURACION DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD DE ENVASES
1						

**SR. PROFESIONAL:** Indique Períodos de Tratamiento: Mes y Año  
1º Período de Tratamiento: \_\_\_\_\_  
2º Período de Tratamiento: \_\_\_\_\_  
3º Período de Tratamiento: \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS**  
Período: \_\_\_\_\_  
Sello y Firma del Farmacéutico

**DATOS A COMPLETAR**  
Beneficiario  Tercero Interviniente   
Firma conforma: \_\_\_\_\_  
Aclaración: \_\_\_\_\_  
Tipo y N° de Doc.: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL MEDICO TRATANTE**  
Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_  
Matrícula MP: \_\_\_\_\_ MN: \_\_\_\_\_  
Institución: \_\_\_\_\_  
Firma y Sello

**19.1.1.1.1.COMPAÑÍA**  
**INFORMA**

**19.1.1.1.2.BUENOS AIRES, 21 DE OCTUBRE DE 2020**



**ENSALUD**  
Servicios Integrales de Salud



**COMPAÑÍA**  
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 459 – CÓDIGO INTEGRADOR: ensalud

ANEXO I – CIRCULAR 567/20 B

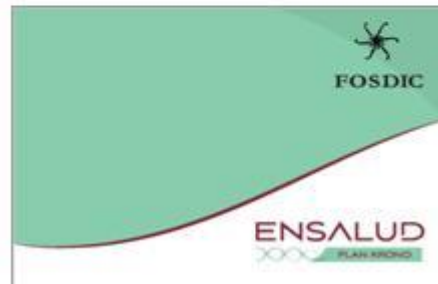
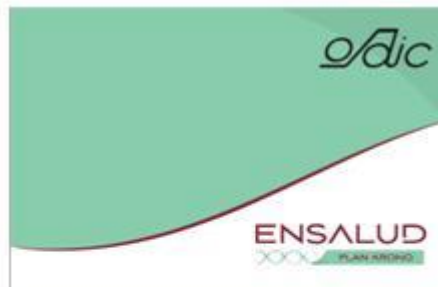
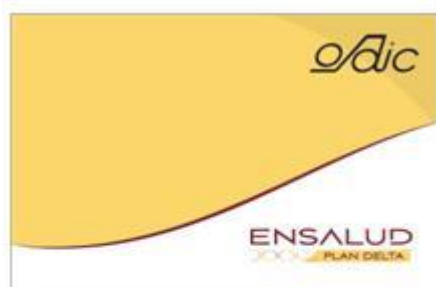


**ENSALUD**  
Servicios Integrales de Salud

## Planes válidos: OSDIC y FOSDIC

CÓDIGO DE ENTIDAD: 459

Aclaremos que **los planes OSDIC y FOSDIC se encuentran habilitados a través de ENSALUD** y sus afiliados se identifican con las siguientes muestras de credenciales:



Sin otro particular, los saludamos atentamente.