



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 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 (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	40%	BAJO
ENSALUD KRONO ENDOCTER TOTAL ENSALUD QUANTUM ENDOCTER GLOBAL		ALTO
ENSALUD KRONO PLUS ENDOCTER TOTAL PLUS ENSALUD QUANTUM PLUS ENDOCTER GLOBAL PLUS	50%	
1.2. Plan Materno Infantil:	100% (ver punto 6)	
1.3. Anticonceptivos:	100% (ver punto 7)	
1.4. Patologías Crónicas e Hipoglucemiantes Orales:	70%, 80% ó 100% Ver punto 8	
1.5. Autorizaciones Especiales:	Ver punto 10	

2.Habilitación del beneficiario:

2.1. Credencial (según muestras).

2.2. Habilitación del Beneficiario según validación online.	Ingresar el número de afiliado completo como figura en la credencial, sin guiones ni barras . Por ejemplo:	
	NRO. DE BENEFICIARIO EN CREDENCIAL	NÚMERO A INGRESAR
	600005 / 01	60000501

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

(*) 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:	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. En estos casos debe indicarse en el sistema de Validación Online que la receta corresponde a Tratamiento Prolongado.	
5.3. Antibióticos Inyectables:	Presentación	Entregar
	Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	Hasta 5 (cinco)
5.4. Psicofármacos:	<ul style="list-style-type: none"> El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia. 	
5.5. Otras especificaciones:	Cuando el médico:	Debe entregarse:
	<ul style="list-style-type: none"> No especifica cantidades Sólo indica la palabra “grande” Equivoca la cantidad y/o contenido 	<ul style="list-style-type: none"> El envase de menor contenido. La presentación siguiente a la menor. El tamaño inmediato inferior al indicado.

6. Plan Materno Infantil:

6.1. Habilitación del beneficiario:	<ul style="list-style-type: none"> El afiliado debe figurar con cobertura PMI según validación on line.
6.2. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> Igual a la cobertura general. Debe contar con la leyenda “Plan Materno Infantil” o PMI por parte del profesional REQUIERE VALIDACION ONLINE OBLIGATORIA.
6.3. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> Vademécum PMI de acuerdo al plan del afiliado.
6.4. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> Igual a la cobertura general.

7. Anticonceptivos:

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



7.3. Descuento y productos cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> 100% según Vademécum y de acuerdo a lo que figure empadronado para cada beneficiaria en el sistema de validación online. <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"> 1 (un) envase mensual (aún cuando la prescripción indique la totalidad de envases para el trimestre). <p>Atención: 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"> 90 días desde la fecha de emisión figura en el margen superior derecho. NO son válidas las dispensas de Certificados que excedan dicho plazo. <u>1ra. entrega:</u> similar a la cobertura general. Ingresar en el sistema como fecha de prescripción la fecha del Certificado. <u>2da. y 3ra. entrega:</u> para evitar rechazos del sistema, ingresar como fecha de prescripción la fecha de venta. 	@

8. Patologías Crónicas

8.1. Habilitación del beneficiario:	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes crónicos y/o diabéticos que figuren empadronadas para tal fin en el sistema de validación online. <p>En caso de que un paciente no figure habilitado en dicho sistema con cobertura diferencial y así lo requiera, debe ser derivado a ENSALUD para su empadronamiento.</p>	@
8.2. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> Certificado de Autorización de Cronicidad y/o Diabetes (según muestra), válido por 3 (tres) meses. NO es necesario prescripción original adicional, pero el Certificado debe ser original. REQUIERE VALIDACION ONLINE OBLIGATORIA. <p>Aclaraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>1ra. y 2da. entrega:</u> el afiliado deberá presentar <u>fotocopia del certificado.</u> <u>3ra. entrega:</u> el afiliado deberá presentar el <u>certificado original.</u> El afiliado deberá firmar el certificado en conformidad al período correspondiente y la farmacia adherir el troquel correspondiente. 	@

8.3. Descuentos y Productos cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> Crónicos: 	<p>70% DELTA, INTEGRAL, KRONO, KRONO PLUS, TOTAL, QUANTUM, GLOBAL sobre productos identificados en Vademécum.</p> <p>80% QUANTUM PLUS, GLOBAL PLUS sobre productos identificados en Vademécum.</p>	@
	<ul style="list-style-type: none"> Hipoglucemiantes orales: 	<p>100% (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"> 1 (un) envase mensual (aún cuando la prescripción indique la totalidad de envases para el trimestre). <p>Atención: 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"> 90 días desde la fecha de emisión figura en el margen superior derecho. NO son válidas las dispensas de Certificados que excedan dicho plazo. <u>1ra. entrega:</u> similar a la cobertura general. Ingresar en el sistema como fecha de prescripción la fecha del Certificado. <u>2da. y 3ra. entrega:</u> para evitar rechazos del sistema, ingresar como fecha de prescripción la fecha de venta. 	@
-------------------------------	--	---

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 **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:



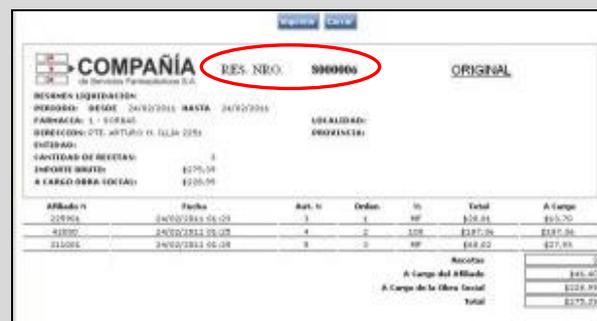
IMPRESION PREVIA ORIGINAL

RESUMEN LIQUIDACION
PERIODO: DESDE 24/02/2011 HASTA 24/02/2011
FARMACIA: 1 - LOCALIDAD:
DIRECCION: PROVINCIA:
ENTIDAD: 4
CANTIDAD DE RECETAS: 3
IMPORTE BRUTO: \$275,29
A CARGO OBRA SOCIAL: \$220,79

Afiliado N	Fecha	Aut. N	Orden	%	Total	A Cargo
225901	24/02/2011 01:23	3	1	80	\$10,70	\$10,70
41093	24/02/2011 01:25	4	100	100	\$197,26	\$197,26
311008	24/02/2011 01:25	5	80	80	\$67,33	\$53,83

Recetas: 3
A Cargo del Afiliado: \$40,40
A Cargo de la Obra Social: \$229,44
Total: \$275,29

COMPROBANTE NO VALIDO COMO LIQUIDACION



RES. NEO. ORIGINAL

RESUMEN LIQUIDACION
PERIODO: DESDE 24/02/2011 HASTA 24/02/2011
FARMACIA: 1 - LOCALIDAD:
DIRECCION: CTE. ARTURO R. SILVA 2251 PROVINCIA:
ENTIDAD:
CANTIDAD DE RECETAS: 3
IMPORTE BRUTO: \$275,29
A CARGO OBRA SOCIAL: \$220,79

Afiliado N	Fecha	Aut. N	Orden	%	Total	A Cargo
225901	24/02/2011 01:23	3	1	80	\$10,70	\$10,70
41093	24/02/2011 01:25	4	100	100	\$197,26	\$197,26
311008	24/02/2011 01:25	5	80	80	\$67,33	\$53,83

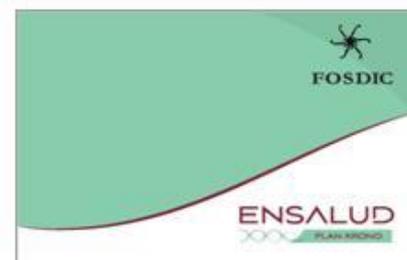
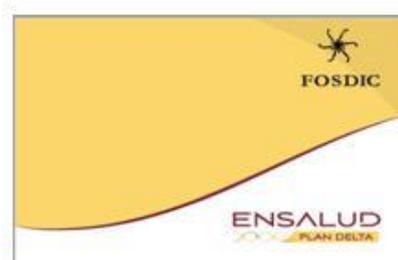
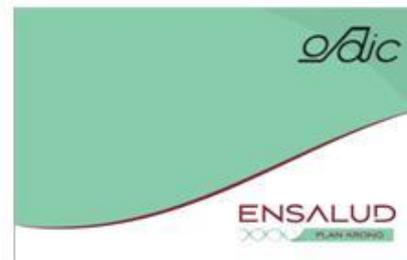
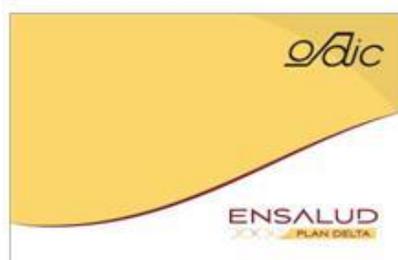
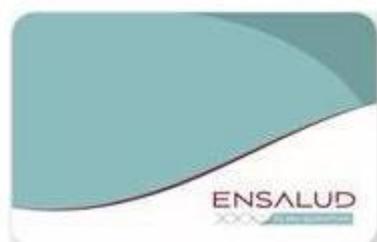
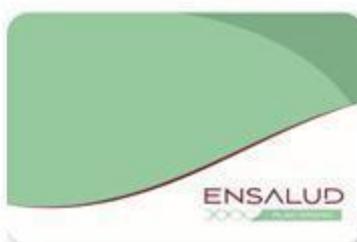
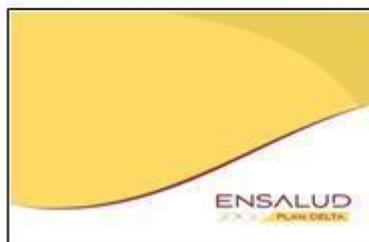
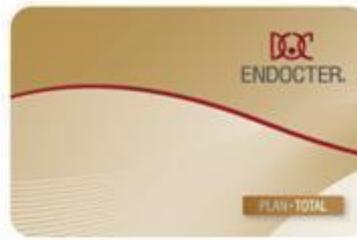
Recetas: 3
A Cargo del Afiliado: \$40,40
A Cargo de la Obra Social: \$229,44
Total: \$275,29

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, 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 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 incluye un campo para el Diagnóstico y una sección para Fecha y Firma y Sello.

18. Muestra de Formulario de Autorización

Formulario de Autorización ENSALUD. Encabezado: **ENSALUD PLANES INTEGRALES DE SALUD**. Título: **Detalle de la Solicitud 518481**. Campos: Obra Social, Afinidad, Zona, Plan, Origen (RD Opción SSS (Rel De)).

Extra Capita	NO
Afiliado	DOMICILIO :
Recetario	Fecha Receta: 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:

ENSALUD SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD



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 ESSENCIAL	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	ARTROSIS REUMATOIDE JUVENIL
5	1	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGEST.	22	6	DIVERTICULITIS
6	1	INSUFICIENCIA CARDIACA	23	2	DERMATOMIOSITIS
7	1	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	24	6	SINDROME DE SJOGEREN
8	1	TTO. ANTICIGUILLANTE	25	2	POUMIUMIUM REUMATICA
9	1	ARITMIAS	26	2	COLICIS VAGINALES
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	ESQUIMOPIRESIA
14	3	DISLIPIMIAS	31	7	PSICOSIS ORGANICAS
15	4	HIPERTIROIDISMO	32	8	ASMA BRONQUIAL
16	4	HIPOTIROIDISMO	33	8	FIBROSIS QUILLONAR
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

Periodo: _____

Total de la receta: _____
A cargo del beneficiario: _____
A cargo de la O.S.: _____

Sello y Firma del Farmacéutico

DATOS A COMPLETAR

Beneficiario Tercero Intervenido

Firma conforma: _____

Aclaración: _____

Tipo y N° de Doc.: _____

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Apellido y Nombre: _____
Matricula 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

Periodo: _____

Total de la receta: _____
A cargo del beneficiario: _____
A cargo de la O.S.: _____

Sello y Firma del Farmacéutico

DATOS A COMPLETAR

Beneficiario Tercero Intervenido

Firma conforma: _____

Aclaración: _____

Tipo y N° de Doc.: _____

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Apellido y Nombre: _____
Matricula 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

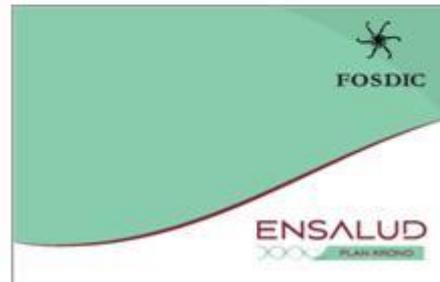
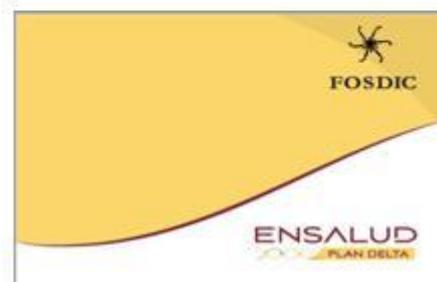
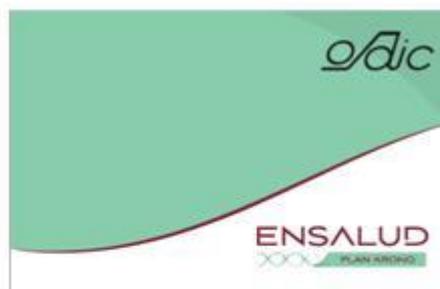
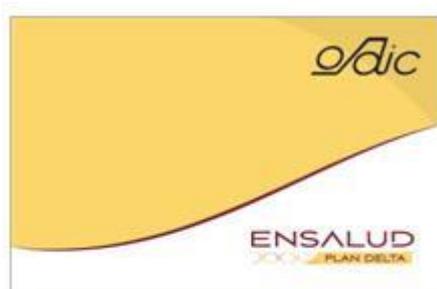


ENSALUD
Servicios Integrales de Salud

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.