

Vigente a partir del 25 de Octubre de 2024.

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.

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** electrónico es **OBLIGATORIO. SIEMPRE debe figurar en el RESUMEN DE FACTURACIÓN general** (planilla provista por COMPANÍA), que presenta su Farmacia (ver punto 15).

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

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

1.Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)

1.1. General:	40%	@
1.2. Descuento adicional CMD (CENTRAL MUTUAL DOCENTE) (Exclusivamente Buenos Aires):	10% Se aplica en forma adicional para los afiliados identificados con la sigla “CMD” en el Padrón de Habilitados. (ver punto 10)	@
1.3. Plan Materno Infantil:	100% (ver punto 6)	@
1.4. Patologías Crónicas, Diabetes y Anticonceptivos:	70% ó 100% (ver punto 7)	
1.5. Autorizaciones Especiales:	Descuento que autorice la Entidad (ver punto 11)	

2.Habilitación del beneficiario:

2.1. Credencial (según muestra).		
2.2. Habilitación del Beneficiario según validación ON LINE		@
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:	- Oficiales de la entidad (según muestras en punto 19). Es OBLIGATORIO que figure el número de bono; - Recetarios electrónicos o digitales que cumplan con requisitos de identificación de acuerdo a la reglamentación de la Ley 27.553; - Recetarios electrónicos o digitales (prescripción pre-impresa ya sea total o parcial) sin los requisitos de identificación antes mencionados pero que contengan firma y sello original del profesional. Cabe mencionar que la prescripción tradicional (manuscrita) enviada vía mail, Whatsapp o impresa NO es válida. Ésta debe ser siempre original. En el caso de recetarios electrónicos / digitales es obligatorio grabar el número correspondiente al validar dichas dispensas. Cabe recordar que por el momento, <u>debe presentarse una copia impresa de dichas prescripciones electrónicas / digitales</u>, hasta tanto finalicen los procesos de integración correspondientes.
-------------------------	---

3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta o bien pre impresos en recetario digital:

- Nombre y apellido del paciente (*);
- Número de afiliado (*) (**);
- **Medicamentos recetados por principio activo**, indicando una marca sugerida incluida en el Vademécum. (***)
- **Cantidad de cada medicamento**, de acuerdo a la duración del tratamiento (ver punto 5);
- **Diagnóstico en cada renglón** (aún cuando es el mismo, se debe repetir en cada renglón).
- Firma y sello de médico u odontólogo 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 figuran pre-impresos.

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

4. Validez de la receta:

El día de la prescripción y los **30** días siguientes.

Cabe mencionar que el recetario cuenta con una validez de 90 días entre su emisión y la prescripción por parte del profesional.

5. Topes de cobertura:

5.1. Límites de cantidades:

El sistema de validación NO REALIZA este control.

- La cantidad de envases a dispensar será la **coincidente o próxima con la cantidad total de unidades calculadas a partir de la dosis diaria y duración del tratamiento indicados**.
- **Duración del tratamiento en días:** se deberá consignar los días de tratamiento. La duración del tratamiento será de hasta 30 días.
- Dosis únicas: marcará 1 por día.

5.2. Antibióticos Inyectables:

Presentación

Entregar

Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla

Hasta 5 (cinco)

5.3. Psicofármacos:

- El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia.

5.4. Otras especificaciones:

Cuando el médico:

Debe entregarse:

- 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. Habilitación del beneficiario:

- Debe figurar en el **Padrón de Beneficiarios con la marca “PMI”**.

6.2. Recetario:

- Igual al resto de los planes. **NO requiere autorización.**

6.3. Productos Cubiertos:

- **Medicamentos:** 100% sobre todos los productos incluidos en el Vademécum vigente.
- **Leches:** Exclusivamente con Autorización mediante Formulario F5.

Cabe aclarar que aquellos **productos que requieren autorización** de la Entidad para su expendio **NO pueden ser expendidos aunque el beneficiario esté identificado con la marca “PMI”**.

6.4. Límites de cantidades:

- **Medicamentos:** Igual al resto de los planes.
- **Leches:** Lo que indique el Formulario F5.

7. Patologías Crónicas, Diabetes y Anticonceptivos:

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

7.1. Recetario:	- Igual al resto de los planes. - Recetarios oficiales para Diabetes (ver muestra punto 20) En todos los casos debe estar acompañado del Formulario F5 de Autorización (ver punto 11)
7.2. Productos Cubiertos:	Lo que autorice la entidad.
7.3. Límites de cantidades:	Lo que autorice la entidad.

ACLARACIÓN: en caso de que un afiliado con requerimiento de medicación crónica, de diabetes o anticonceptivos presente la receta sin el correspondiente Formulario F5 su farmacia deberá realizar una VALIDACIÓN ONLINE y tanto los productos cubiertos como el límite de cantidades serán los que devuelva dicha validación.

8. Productos Cubiertos:

Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM de la entidad que se valida electrónicamente.

ATENCIÓN: los **anticonceptivos** identificados con cobertura al 100% NO requieren autorización previa ni marca “Crónico” en el padrón de beneficiarios para su expendio.

9. Controles especiales de la prescripción:

9.1. Prescripción Odontológica:	- Antibióticos - Anticariogénicos y Tratamientos de Llagas y Aftas - Antihemorrágicos - Antiherpéticos - Analgésicos (No Narcóticos) - Antinflamatorios - Antimicóticos Bucales - Antihistamínicos - Antieméticos (No Setrones) - Vitaminas O Minerales - Vacunación Antitetánica
---------------------------------	---

10. Descuento adicional CMD (Central Mutual Docente) – Exclusivamente Buenos Aires:

10.1. Habilitación del beneficiario:	Debe figurar en el Padrón de Beneficiarios con la marca “CMD”.
10.2. Recetario:	Oficial CMD (ver muestra punto 19). NO requiere autorización.
10.3. Descuento:	10% en forma adicional a la cobertura que corresponda al afiliado (40%, 50%, 70% o bien el descuento que autorice OSDOP en el Formulario F5). Cabe mencionar que el descuento adicional del 10% <u>debe calcularse sobre el importe bruto y NO SOBRE EL A CARGO DEL AFILIADO.</u>
10.4. Productos Cubiertos:	Todos los productos incluidos en el Vademécum vigente. Cabe aclarar que aquellos productos que requieren autorización de la Entidad para su expendio deben contar NO pueden ser expendidos aunque el beneficiario esté identificado con la marca “CMD”.
10.5. Límites de cantidades:	Igual al resto de los planes.

11. Autorizaciones Especiales:

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

Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos (Ej.: productos no cubiertos, límites de cantidades, productos que requieran autorización, afiliados fuera de padrón, etc.) cuando se hallen autorizadas mediante el “Formulario de autorización F5” (ver muestra punto 21).

El “Formulario de Autorización F5” debe ser presentado **siempre junto con el recetario oficial que autoriza**. Para ello, debe corroborarse la leyenda **BONO DE FARMACIA N° XXXXX**.

Aclaraciones adicionales:

- Plazo de validez del formulario: **30 días** desde la “Fecha de provisión”.
- Porcentaje autorizado: único **porcentaje válido** es el indicado en el **casillero “%Cob”**.
- En caso de que el afiliado figure con la marca “CMD” en el padrón de habilitados, deberá aplicarse 10% adicional al “%Cob” que se indique en el Formulario F5.

12.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.

13.Datos a completar por la farmacia:

13.1. 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.

13.2.Fecha de venta:

13.3.Si la presentación no contiene numero de troquel, adjuntar código de barras del mismo.

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

13.5.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.

13.6.Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico:

13.7. Firma, aclaración, documento de identidad y domicilio de quien retira los medicamentos:

14.Recomendaciones Especiales:

14.1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente:

14.2.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).

14.3.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.

14.4.Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

15.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:



COMPANIA
de Servicios Farmaceuticos S.A.

IMPRESION PREVIA

ORIGINAL

RECURSOS LIQUIDACION:

PERIODO: DESDE 24/02/2011 HASTA 24/02/2011

FARMACIA: 1 -

DIRECCION:

ENTIDAD: 1 -

CANTIDAD DE RECETAS: 3

IMPORTE BRUTO: \$275.59

A CARGO OBRA SOCIAL: \$226.99

Afiliado N°	Fecha	Aut. N	Orden	Un	Total	A Cargo
225901	24/02/2011 01:23	2		MF	\$20.01	\$13.76
41090	24/02/2011 01:25	4		MF	\$187.36	\$197.36
311001	24/02/2011 01:25	5		MF	\$48.02	\$27.99

**COMPROBANTE NO VALIDO
COMO LIQUIDACION**

Recargas

A Cargo del Afiliado	\$46.40
A Cargo de la Obra Social	\$228.99
Total	\$275.39

[illegible]

16. 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 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 indicando en el título la palabra “Problema” más el código de su Farmacia.

17. Muestra de Credenciales:



18. Muestras de recetas oficiales:

Obra Social Docentes Particulares		Emisor:		ORDEN DE RECETARIO DE MEDICAMENTOS		Orden N°	
Identificación del Grupo Familiar				DNI:		IMPORTE FACTURADO	
				Tel:		Total RECETA PVP	
				Domicilio:		Total RECETA a cargo de OSDOP	
						Total RECETA a cargo del Afiliado	
PRESCRIPCIÓN				Firma Afiliado o Responsable		DISPENSA	
Diagnóstico / Problema de Salud 1				Código		Cantidad Dispensada	
Medicamento (Nombre Genérico)				Forma Farmacéutica		Total Precio Público	
				Dosis/Unidad		Total a cargo de OSDOP	
				Dosis Diaria			
				Duración Trat. en Días			
Diagnóstico / Problema de Salud 2				Código		Cantidad Dispensada	
Medicamento (Nombre Genérico)				Forma Farmacéutica		Total Precio Público	
				Dosis/Unidad		Total a cargo de OSDOP	
				Dosis Diaria			
				Duración Trat. en Días			
Datos del Prescriptor				Datos del Farmacéutico/Farmacia			
Matrícula				Matrícula			
Diferida				Fecha			
Fecha				Fecha			
Firma y Sello				Firma y Sello			

Número de bono obligatorio

OSDOP		Emisor:		ORDEN DE RECETARIO DE MEDICAMENTOS		Orden N°	
Vence:		22/08/2019				24606715	
Identificación del Grupo Familiar				DNI:		IMPORTE FACTURADO	
				TEL:		Total RECETA PVP	
				DOMICILIO:		Total a cargo OSDOP	
						Total RECETA a cargo del Afiliado	
PRESCRIPCIÓN				Firma Afiliado o Responsable		DISPENSA	
Diagnóstico / Problema de Salud 1				Código		Cantidad Dispensada	
Medicamento (nombre genérico)				Forma Farmacéutica		Total Precio Público	
				Dosis / Unidad		Total a cargo de OSDOP	
				Dosis diaria			
				Duración Trat. en Días			
Diagnóstico / Problema de Salud 2				Código		Cantidad Dispensada	
Medicamento (nombre genérico)				Forma Farmacéutica		Total Precio Público	
				Dosis / Unidad		Total a cargo de OSDOP	
				Dosis diaria			
				Duración Trat. en Días			
Datos del Prescriptor				Datos del Farmacéutico / Farmacia			
Matrícula				Matrícula			
Diferida				Fecha			
Fecha				Fecha			
Firma y Sello				Firma y Sello			

En ambos casos, la ausencia o ilegibilidad del número de bono es considerado motivo de rechazo por OSDOP.

Recetario CMD (Central Mutual Docente) – Descuento adicional del 10%

		Emitido: 05/06/2013 Vence: 03/09/2013		ORDEN DE RECETARIO DE MEDICAMENTOS		Orden N°	
Identificación del Grupo Familiar: 5749003				Importe Facturado: 15266180		Total RECETA PVP	
Nombre y apellido, Número de Af. (CMD)				TEL.:		Total a cargo OSDOP	
Domicilio:				Domicilio:		Total a cargo CMD	
Prescripción				Firma Afiliado o Responsable		Dispensa	
Diagnóstico / Problema de Salud 1				Código		Cantidad Dispensada	
Medicamento (nombre genérico)				Forma Farmacéutica		Total Precio Público	
Dosis / Unidad				Dosis diaria		Total a cargo de OSDOP	
Duración Trat. en Días				Duración Trat. en Días		Total a cargo de OSDOP	
Diagnóstico / Problema de Salud 2				Código		Cantidad Dispensada	
Medicamento (nombre genérico)				Forma Farmacéutica		Total Precio Público	
Dosis / Unidad				Dosis diaria		Total a cargo de OSDOP	
Duración Trat. en Días				Duración Trat. en Días		Total a cargo de OSDOP	
Datos del Prescriptor				Datos del Farmacéutico / Farmacia		Datos del Farmacéutico / Farmacia	
Matrícula				Matrícula		Matrícula	
Diferida				Diferida		Diferida	
Fecha				Fecha		Fecha	
Adjuntar Troqueles				Adjuntar Troqueles		Adjuntar Troqueles	
Firmas y Sellos				Firmas y Sellos		Firmas y Sellos	

19. Recetario digital:

Número de receta a grabar en la validación

 					
		Vanina Pia Bender MEDICO Matrícula Nac.:			
Paciente: DNI: OSDOP PLAN: N° Credencial:		Sexo: F. Nacimiento:			
Rp:					
Esta receta fue creada por un emisor inscripto en el Registro de Recetarios Electrónicos implementado por el Ministerio de Salud de la Nación.					
Vanina Pia Bender Alergia MN					
FIRMA Y SELLO					
Medico Vanina Pia Bender					
11/07/2024					
					

Dicho recetario cuenta con un **número de receta** que debe grabarse obligatoriamente al momento de la validación.

Este número debe registrarse en el campo "Receta electrónica" de www.plataformacsf.com o bien mediante los sistemas de facturación integrados en el campo destinado a tal fin.

Por último, cabe destacar que **el afiliado debe presentar una copia impresa del mismo**.

20. Recetarios para Diabetes:



INFORME MÉDICO
SEMESTRAL

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y nombre/s: _____

Número de beneficiario: _____

INSULINA REQUERIDA

Insulina tipo (Indicar nombre genérico y comercial sugerido)	Dosis diaria estimada	Provisión mensual	Provisión trimestral
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

TRATAMIENTO ORAL REQUERIDO

Medicación (Indicar nombre genérico y comercial sugerido)	Dosis diaria	Provisión mensual	Provisión trimestral
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

TIRAS REACTIVAS / LANCETAS / AGUJAS

	Cant. diaria estimada	Provisión mensual	Provisión trimestral
Tiras reactivas	_____	_____	_____
Lancetas	_____	_____	_____
Agujas	_____	_____	_____

La Obra Social provee el kit medidor y tiras reactivas ACCU-CHECK PERFORMA y lancetas correspondientes al equipo provisto.

OBSERVACIONES / EXTENSIÓN DE TIRAS / AUMENTO DE DOSIS / CAMBIO DE ESQUEMA TERAPÉUTICO

Fecha: _____

Firma y Sello del Médico: _____



SISTEMA DE MONITOREO PARA PACIENTES CON DIABETES
PROVISIÓN TRIMESTRAL

A COMPLETAR

DATOS DEL AFILIADO

Apellido y nombre/s: _____ N° Afiliado: _____ Fecha: _____

DATOS DEL MÉDICO ASISTENTE

Apellido y nombre/s: _____ Matrícula: MN _____

Provincia: _____ MP _____

TRATAMIENTOS

Automonitoreo Glucémico	Si ☐ No ☐	Hipoglucemiantes Orales	Si ☐ No ☐
Actividad Física (*)	Si ☐ No ☐	¿Cumple Dieta?	Si ☐ Parcialmente ☐ No ☐
Cumple Adecuadamente Tratamiento	Si ☐ No ☐	¿Qué tipo de tratamiento recibe?	Oral ☐ Insulina ☐ Ambos ☐
Fármacos Hipertensivos	Si ☐ No ☐	¿Controla la presión arterial?	Si ☐ No ☐
Fármacos Hipolipemiantes	Si ☐ No ☐	Diagnotico	DBT1 ☐ DBT2 ☐ Otra ☐
Ácido Acetil Salicílico	Si ☐ No ☐		

(*) A los efectos de este sistema de vigilancia se considera actividad física regular la práctica de al menos 150 minutos por semana de actividad aeróbica de intensidad moderada repartidos en al menos tres días con no más de 2 días consecutivos sin ejercicio (ADA 2012).

INSULINA REQUERIDA

Insulina tipo (Indicar nombre genérico y comercial sugerido)	Dosis diaria estimada	Provisión mensual	Provisión trimestral
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

TRATAMIENTO ORAL REQUERIDO

Medicación (Indicar nombre genérico y comercial sugerido)	Dosis diaria	Provisión mensual	Provisión trimestral
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

TIRAS REACTIVAS / LANCETAS / AGUJAS

	Cant. diaria estimada	Provisión mensual	Provisión trimestral
Tiras reactivas	_____	_____	_____
Lancetas	_____	_____	_____
Agujas	_____	_____	_____

La Obra Social provee el kit medidor y tiras reactivas ACCU-CHECK PERFORMA y lancetas correspondientes al equipo provisto.

OBSERVACIONES / EXTENSIÓN DE TIRAS / AUMENTO DE DOSIS / CAMBIO DE ESQUEMA TERAPÉUTICO

Fecha: _____

Firma y Sello del Médico: _____

21. Muestra Formulario de Autorización:

Orden de Autorización Previa

O.S.Do.P. - Deleg. B060 - SAN ISIDRO

Osdop Medicamentos

Medicamentos
Especiales

F5

Nº Solicitud 15881134

Código de
Autorización

Bono Farmacia 15852628

Estado Autorizado

Afiliado

Edad

Solicitante Médico - 9999 -MEDICO

Fecha Sol.

08/10/2013

CIE-10 I11.0

Fecha Carga

08/10/2013

Expediente Nº

Fec. Prov.

09/10/2013

Area Ambulatorio

Prov. Ant.

04/10/2013

Detalle de Prácticas

No Cambiar.	Nomenc.	Práctica	Cant.	Dosis		% Aut.	Imp.Total	% Cob.	Estado	Cant.Ent.
				Diaria	Mensual					
☒	Manual Farmacéutico	5914262	1	1	30	100	\$ 0,00	70%	Autorizado	

Total a Cargo de la Obra Social

Total General

\$ 0,00

** SUJETO A AUDITORIA POSTERIOR **

(Compra Farmacia
Local)

Fecha de Entrega :

Observaciones de Efectores y Presup.

Atención:

Validez 30 días
desde la fecha
de provisión.