



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CEMENTERIOS

CÓDIGO DE ENTIDAD: 616 – CÓDIGO INTEGRADOR: ospcra

ANEXO I – CIRCULAR 120/20 B

Vigente a partir del 1º de Marzo de 2020.

Las marcas “@” identifican los puntos que **deben procesarse 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.

En todas las **recetas procesadas 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** electrónico es **OBLIGATORIO**. **SIEMPRE** debe figurar en el **RESUMEN DE FACTURACIÓN** general (planilla provista por COMPANÍA), que presenta su Farmacia (ver punto 14).

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

- presentación **ELECTRÓNICA** de OSPCRA (“Plan MIXTO VALIDACIÓN”)
- presentación **MANUAL** de OSPCRA (“Plan MIXTO MANUAL”)

1.Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)

1.1. Planes <ul style="list-style-type: none"> ▪ KRONO ▪ GAMA 	40%	@
1.2. Plan Materno Infantil:	100% (ver punto 6)	@
1.3. Anticonceptivos:	100% (ver punto 7)	@
1.4. Patologías Crónica y Diabetes:	70% ó 100% (ver punto 8)	@
1.5. Autorizaciones Especiales:	Ver punto 10	

2.Habilitación del beneficiario:

2.1. Credencial (según muestra).

2.2. Habilitación del Beneficiario según validación on line.

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
80135 / 00	8013500

@

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);
3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:	<ul style="list-style-type: none"> • Denominación de la entidad (en caso de que el recetario no sea el oficial de la entidad) (*); • Nombre y apellido del paciente; • 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 de médico u odontólogo, con número de matrícula y aclaración; • Fecha de prescripción; <p><i>Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción debe estar salvadas por el profesional con su firma y sello.</i></p>



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CEMENTERIOS

CÓDIGO DE ENTIDAD: 616 – CÓDIGO INTEGRADOR: ospcra

ANEXO I – CIRCULAR 120/20 B

(*) 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:

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 indicadas en la columna “Con Tratamiento Prolongado”. 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 On Line 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:

- 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:

- 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:

- El afiliado debe figurar con cobertura PMI según validación on line.

6.2. Recetario:

- Igual a la cobertura general. **REQUIERE VALIDACION ONLINE OBLIGATORIA.**

6.3. Productos Cubiertos:

- Vademécum PMI.

6.4. Límites de cantidades:

- Igual a la cobertura general.

7. Anticonceptivos:

7.1. Habilitación del beneficiario:

- Pacientes requerimiento de anticonceptivos que figuren empadronadas para tal fin en el sistema de validación online.

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.**

7.2. Recetario:

- 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.**

Aclaraciones:

- 1ra. entrega: la afiliada deberá presentar el certificado original.

- 2da. y 3ra. entrega: la afiliada deberá presentar fotocopia del certificado.

- La afiliada deberá firmar el certificado en conformidad al período correspondiente y la farmacia adherir el troquel correspondiente.



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CEMENTERIOS

CÓDIGO DE ENTIDAD: 616 – CÓDIGO INTEGRADOR: ospcra

ANEXO I – CIRCULAR 120/20 B

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 indique expresamente Ensalud en el certificado.</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 y Diabetes:			
8.1. Habilitación del beneficiario:	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes crónicos y/o diabéticos que figuren empadronados 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. entrega:</u> el afiliado deberá presentar el <u>certificado original.</u> – <u>2da. y 3ra. entrega:</u> el afiliado deberá presentar <u>fotocopia del certificado.</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% KRONO y GAMA según Vademécum y de acuerdo a lo que figure empadronado para cada beneficiario en el sistema de validación online.</p>	@
	<ul style="list-style-type: none"> • Hipoglucemiantes orales, Insulinas, Tiras reactivas, Agujas, Lancetas: 	<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 indique expresamente Ensalud en el certificado.</p>	@	



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CEMENTERIOS

CÓDIGO DE ENTIDAD: 616 – CÓDIGO INTEGRADOR: ospcra

ANEXO I – CIRCULAR 120/20 B

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. • 1ra. entrega: similar a la cobertura general. Ingresar en el sistema como fecha de prescripción la fecha del Certificado. • 2da. y 3ra. entrega: 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 de la entidad (Anexo I).

10.Autorizaciones Especiales:

Estas recetas NO SE VALIDAN electrónicamente

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 numero 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.
- Comprobante de validación online (en caso de no poder presentar alguno de los anteriores)

12.6.Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

12.7.Firma y datos aclaratorios 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:	<ul style="list-style-type: none"> • 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:	<ul style="list-style-type: none"> • 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.



OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CEMENTERIOS

CÓDIGO DE ENTIDAD: 616 – CÓDIGO INTEGRADOR: ospcra

ANEXO I – CIRCULAR 120/20 B

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. **Caso contrario, es motivo de rechazo** de las mismas. Utilice dicha herramienta teniendo en cuenta las indicaciones del Instructivo General del sistema.

Asimismo es **imprescindible IMPRIMIR el Cierre de Lotes** a fin de identificar correctamente la liquidación electrónica en el Resumen de Facturación general (ver punto 15). No deben efectuarse modificaciones manuales (tachaduras ni enmiendas) sobre el Cierre de Lotes que emite el sistema.

Aclaración: la **IMPRESIÓN PREVIA del Cierre de Lote NO es válida** para la presentación de recetas:

Afiliado N	Fecha	Aut. N	Orden	Un	Total	A Cargo
225901	24/02/2011 08:28	3		MP	\$20.05	\$20.05
42000	24/02/2011 08:28	4		SD	\$147.26	\$147.26
313001	24/02/2011 08:28	5		MP	\$108.02	\$108.02
Recetas						\$275.33
A Cargo del Afiliado						\$46.42
A Cargo de la Obra Social						\$228.91
Total						\$275.33

Afiliado N	Fecha	Aut. N	Orden	Un	Total	A Cargo
225901	24/02/2011 08:28	3		MP	\$20.05	\$20.05
42000	24/02/2011 08:28	4		SD	\$147.26	\$147.26
313001	24/02/2011 08:28	5		MP	\$108.02	\$108.02
Recetas						\$275.33
A Cargo del Afiliado						\$46.42
A Cargo de la Obra Social						\$228.91
Total						\$275.33

Atención: Las recetas no procesadas electrónicamente (por ejemplo, Autorizaciones Especiales) deben liquidarse a través de la modalidad tradicional de planillas de Compañía (ver punto 14).

15.Presentación de Recetas no procesadas electrónicamente:

Todas las recetas de OSPCRA no procesadas electrónicamente deben presentarse bajo un único plan **“MIXTO”**. Es decir sin separarlas por porcentaje de descuento.

El porcentaje de descuento aplicado a cada medicamento debe figurar en el ticket de venta o bien agregado junto a la prescripción en forma manuscrita.

Estos importes deben figurar en la Planilla de Liquidación, así como en el RESUMEN DE FACTURACIÓN, identificando el lote como **“PLAN MIXTO”**.

El **Cierre electrónico de Lotes SIEMPRE debe indicarse en el Resumen de Facturación general** (planilla provista por COMPANÍA), que presenta su Farmacia, **diferenciado del resto de las recetas sin validación on line.**

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

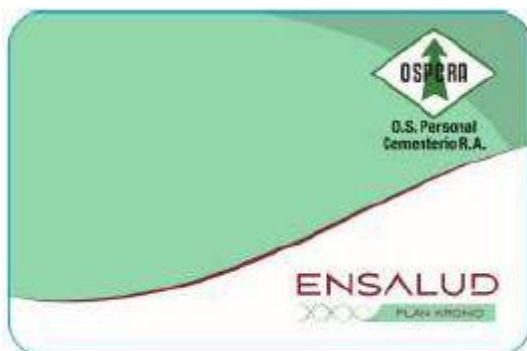
- presentación **ELECTRÓNICA** de OSPCRA (“Plan MIXTO VALIDACIÓN”)
- presentación **MANUAL** de OSPCRA (“Plan MIXTO MANUAL”)

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

17.Muestra de Credenciales:





ENSALUD
SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CEMENTERIOS

CÓDIGO DE ENTIDAD: 616 – CÓDIGO INTEGRADOR: ospcra



COMPANÍA
de Servicios Farmacéuticos

ANEXO I – CIRCULAR 120/20 B

18.Muestra de Formulario de Autorización:

Detalle de la Solicitud 518481			
Obra Social OSPIM	Afinidad OSPIM	Zona	Plan
		Origen RD OpciónSSS (Rel De	
Extra Capita	NO		
Afiliado	DOMICILIO :		
Recetario	Fecha Receta: Fecha Internación: Derivante:	Fecha Solicitud:	
Sede EFECTOR	Domicilio: Tel: Localidad: -		
DIAGNOSTICOS (CIE10)			
Código	Descripción		
PRACTICAS			
Código	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.			
TODOSLOS ITEMS 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:



ENSALUD
SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CEMENTERIOS

CÓDIGO DE ENTIDAD: 616 - CÓDIGO INTEGRADOR: ospcra



COMPANÍA
de Servicios Farmacéuticos

ANEXO I - CIRCULAR 120/20 B

COBERTURA PROGRAMA DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS
M.O. Res. 310/4 M.O.

Tratamiento Trimestral - Entrega Mensual Formulario Nro: 4399 Fecha: 26/11/2019

DATOS DEL PACIENTE:
Apellido y Nombre: _____
Afiliado N°: _____ D.N.I. N°: _____ Plan: Plan Ensulud
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	5	LUPUS ERMATOSICO SISTEMICO
2	1	HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDA	19	5	ESCLEROSIS SISTEMICA PROGRESIVA
3	1	INSUFICIENCIA CORONARIA	20	5	ESITIA ENDICA
4	1	CARDIOPATIA ISQUEMICA	21	5	ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL
5	1	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	22	5	POLIMIOSITIS
6	1	INSUFICIENCIA CARDIACA	23	5	DERMATOMIOSITIS
7	1	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	24	5	ENDOMETRIOSIS
8	1	TTD ANTICUAGULANTE	25	5	POULMONGIA REUMATICA
9	1	ANGUINIA	26	5	COLITIS ULTEROSA
10	1	TERAPIA ANTITUBERCULOSA	27	5	ENFERMEDAD DE CROHN
11	1	PREV. 1º DE CARDIOPATIA ISQUEM	28	5	HANKINSON
12	1	PREV. 2º DE CARDIOPATIA ISQUEM	29	5	EPILEPSIA
13	2	DIABETES II (NO INSULINO REQUIR.)	30	7	ESQUIZOFRENIA
14	3	DYS LIPIDIA	31	7	PROCESOS ORGANICOS
15	4	HIPERTIROIDISMO	32	8	ASMA BRONQUIAL
16	4	HIPOTIROIDISMO	33	8	FIBROSIS QUINAR
17	5	ARTRITIS REUMATOIDEA	34	8	GLAUCOMA (HIPERTENSION OCULAR)

INDICAR CÓDIGOS Y U OTROS DIAGNÓSTICOS:

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

INDICACION 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 Año
1º Período de Tratamiento: _____
2º Período de Tratamiento: _____
3º Período de Tratamiento: _____

CERTIFICO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS
Período: _____
Sello y Firma del Farmacéutico

Totales de la receta:
A cargo del beneficiario
A cargo de la O.S.

DATOS A COMPLETAR
Beneficiario Tercero Intervenido
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

DATOS DEL PACIENTE:
Apellido y Nombre: _____ Fecha: 26/11/2019
Afiliado N°: _____ D.N.I. N°: _____ Plan: Plan Ensulud
Titular Familiar Fecha Nacimiento: _____ Sexo: M F
Domicilio: _____ Localidad: _____ Tel: _____

PRINCIPIOS ACTIVOS CORRESPONDIENTES A DIAGNOSTICOS GRUPO 4 (Códigos Según Res. 331/04)

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 vademécum 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: _____

CERTIFICO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS
Período: _____
Sello y Firma del Farmacéutico

Totales de la receta:
A cargo del beneficiario
A cargo de la O.S.

DATOS A COMPLETAR
Beneficiario Tercero Intervenido
Firma conforma: _____
Aclaración: _____
Tipo y N° de Doc.: _____

DATOS DEL MEDICO TRATANTE
Apellido y Nombre: _____
Matrícula MP: _____ MN: _____
Institución: _____
Firma y Sello