

Vigente a partir del 9 de Agosto de 2019.

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](http://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 COMPañÍA), que presenta su Farmacia (ver punto 12).

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

- presentación **ELECTRÓNICA** de TV SALUD (“Plan 40% VALIDACIÓN”, “Plan 50% VALIDACION”, etc.)
- presentación **MANUAL** de TV SALUD (“Plan 40% MANUAL”, “Plan 50% MANUAL”, etc.)

**1. Cobertura:**

| ZONAS   | RECETARIO   | PLANES   | DESCUENTO (*)                         | VADEMÉCUM                             |        |
|---|---|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--------|
| 1.1. CDAD. DE BS. AS.<br>GRAN BUENOS AIRES<br>ESCOBAR<br>GRAL. RODRÍGUEZ<br>LA PLATA<br>LUJÁN<br>MARCOS PAZ<br>PCIA. DE MENDOZA | De <b>TODO TIPO</b> (particular o de instituciones).<br><b>NO se aceptan recetarios sin membrete</b> (por ej.: recetarios en blanco o de publicidad de medicamentos). |  | Según Padrón de Beneficiarios vigente | Según Padrón de Beneficiarios vigente |        |
| 1.2. RESTO DEL PAÍS<br>(**)   | <b>ROSA</b>   | SAT (Sindicato Argentino de Televisión)                | Mutualizados (AMET)                   | 50%                                   | AMPLIO |
|   | <b>VERDE</b>  | OSPTV  | No Mutualizados                       | 40%                                   | PMO    |
|   |   |  | 100 (Adherentes)                      |                                       |        |
|   |   | 200 (Adherentes)                                       |                                       |                                       |        |
|   |   | <b>CELESTE</b>   | 300 (Adherentes)                      |                                       |        |
|   | 400 (Adherentes)  |  |                                       |                                       |        |
| 1.3. TODO EL PAÍS   | <i>Autorizado por la Entidad</i>  | Plan Materno Infantil (Todos los planes - Ver punto 7) | 100%                                  | Según plan del Afiliado               |        |

(\*) Descuentos válidos únicamente para pacientes ambulatorios.

**(\*\*) ATENCIÓN – Resto del país:** En caso de registrarse **diferencias entre las coberturas indicadas en la receta y el sistema de validación online**, su Farmacia siempre debe **regirse por la información suministrada por este último**.

## 2. Habilitación del beneficiario:

2.1. Credencial (según muestra)

2.2. Constancia de Afiliación (ver muestra punto 17).

**Atención:** dicha constancia **NO habilita socios fuera de padrón**, sino que reemplaza la presentación de la credencial correspondiente de TV SALUD.

2.3. 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 |
|------------------------------------|-------------------|
| 06251988 / 00                      | 0625198800        |

2.4. Documento de Identidad (DNI, LC, LE)

2.5. 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. Datos del Recetario:

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

- 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
- Cantidad de cada medicamento
- Firma y sello de médico u odontólogo con número de matrícula y aclaración;
- Fecha de prescripción;

**Exclusivamente CABA, Gran Buenos Aires, Escobar, Gral. Rodríguez, La Plata, Luján, Marcos Paz y Pcia. de Mendoza:** Estos datos **pueden figurar preimpresos**, a excepción del sello original y de la firma del médico prescribiente que siempre debe figurar de puño y letra del profesional.

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

*(\* 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 **15** días siguientes.

## 5. Topes de cobertura:

5.1. Límites de cantidades:

Sin Tratamiento Prolongado

Especialidades por receta:  
Envases por especialidad:

Hasta 2 (dos) de distinto principio activo.  
Hasta 1 (uno) grande por receta.

5.2. Antibióticos Inyectables:

**Presentación**

**Entregar**

Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.

Hasta 5 (cinco)

Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.

El menor número posible de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas. Por ejemplo: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expendirse 3 (tres) envases = 6 (seis) ampollas.

5.3. Psicofármacos:

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

CÓDIGO DE ENTIDAD: 226 – CÓDIGO INTEGRADOR: tvsalud

ANEXO I – CIRCULAR 504/19 B

|                              |                                      |   |
|------------------------------|--------------------------------------|---|
| 5.4. 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. Autorizaciones Especiales:

Estas recetas **NO SE PROCESAN electrónicamente**

Sólo podrán expenderse recetas que **NO cumplan con todos los requisitos**, cuando se hallen autorizadas por alguna de las personas detalladas a continuación.

**Aclaración:** dichas autorizaciones **NO son válidas para descuentos del 70% y 100% para Diabetes y Crónicos**. En caso de recibir autorizaciones de ese tipo, la farmacia debe derivarlas a la Entidad debido a que existe un Circuito Especial para canalizar esos casos.

| <u>Todo el País</u>  | <u>Trenque Lauquen</u>  | <u>Provincia de Mendoza</u>   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- BAYNAUD, SOLANGE</li> <li>- BERTELLO, MÓNICA.</li> <li>- BONZANO, CARLOS HUGO</li> <li>- KLAJMAN, MAURICIO</li> <li>- TORO, ANDREA</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- GILARDI, MARÍA RENATA</li> <li>- MARI, CLAUDIA MARTA</li> <li>- PEREYRA, MARÍA LUCRECIA</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ÁLVAREZ, JOSÉ ANTONIO</li> <li>- ÁLVAREZ, ROXANA</li> <li>- APARICIO, MARCELO</li> <li>- ARROJO, CLAUDIA</li> <li>- BERGAMIN, LAURA</li> <li>- CARDELLO, CARLOS ENRIQUE</li> <li>- HANNA, MATILDE</li> <li>- MARI, EDUARDO</li> <li>- PÉREZ, JAVIER</li> </ul> |

Las autorizaciones pueden ser **solicitadas tanto por el socio como por la farmacia, por teléfono o vía fax** al siguiente número:

**4982-5590 / 4981-1669**

## 7. Plan Materno Infantil:

Estas recetas **NO SE PROCESAN electrónicamente**

|   |   |   |  |   |  |
|---|---|---|--|---|--|
| 7.1. Habilitación de Beneficiarios:   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• El beneficiario debe figurar en el listado de habilitados vigente.</li> </ul> <p><b>ATENCIÓN:</b><br/>Aquellos <u>beneficiarios que no figuren en dicho archivo</u> deben presentar el recetario previamente autorizado por alguno de los <b>Autorizantes Especiales</b>, indicados con (*) en el Punto 7.2.</p>   |   |  |   |  |
| 7.2. Recetario:   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Recetario válido de acuerdo a la zona:</b> Debe contar con <b>previa Autorización</b> de alguna de las siguientes personas, mediante firma y sello:</li> </ul> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ARIAS, MÓNICA GRACIELA</li> <li>- BAYNAUD, SOLANGE (*)</li> <li>- BENAVENTE, JÉSICA</li> <li>- BERTELLO, MÓNICA (*)</li> <li>- BONZANO, CARLOS HUGO (*)</li> <li>- CABRERA, RODRIGO A.</li> <li>- CARDOZO, EZEQUIEL FACUNDO</li> <li>- CAREAGA, ALICIA</li> <li>- CRUZ, MARA LAURA</li> <li>- DÍAZ, GABRIELA</li> <li>- DIFINO, JUDITH</li> <li>- DOTTO, MELISA</li> <li>- FAZZINI, SOLEDAD</li> <li>- FRANCO, SAMANTA</li> <li>- GALDEANO, JUAN JOSÉ</li> </ul> </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GALLEGO, ANALÍA</li> <li>- GÓMEZ, CLAUDIA</li> <li>- HAAG, SUSANA</li> <li>- HALBLAUB, ÉRIKA</li> <li>- HIDALGO, GEORGINA ESTEFANÍA</li> <li>- KLAJMAN, MAURICIO (*)</li> <li>- LEHMANN, DANIELA</li> <li>- LUNA, MAGALI</li> <li>- MEDINA CASTRO, MARÍA LAURA</li> <li>- PERALTA, MARÍA PAZ</li> <li>- PERALTA, VANINA RAQUEL</li> <li>- PÉREZ, MARÍA CRISTINA</li> <li>- SAMORA, MATÍAS</li> <li>- TORO, ANDREA (*)</li> <li>- VARNI, CAROLINA</li> </ul> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>EXCLUSIVAMENTE PROVINCIA DE BUENOS AIRES</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FORTUNATO, DARDO (LA PLATA)</li> <li>- GUTIÉRREZ, JULIA (LA PLATA)</li> <li>- GILARDI, MARÍA RENATA (*)</li> </ul> </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>- MARI, CLAUDIA MARTA (*)</li> <li>- PEREYRA, MARÍA LUCRECIA (*)</li> </ul> </td> </tr> </table> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ARIAS, MÓNICA GRACIELA</li> <li>- BAYNAUD, SOLANGE (*)</li> <li>- BENAVENTE, JÉSICA</li> <li>- BERTELLO, MÓNICA (*)</li> <li>- BONZANO, CARLOS HUGO (*)</li> <li>- CABRERA, RODRIGO A.</li> <li>- CARDOZO, EZEQUIEL FACUNDO</li> <li>- CAREAGA, ALICIA</li> <li>- CRUZ, MARA LAURA</li> <li>- DÍAZ, GABRIELA</li> <li>- DIFINO, JUDITH</li> <li>- DOTTO, MELISA</li> <li>- FAZZINI, SOLEDAD</li> <li>- FRANCO, SAMANTA</li> <li>- GALDEANO, JUAN JOSÉ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- GALLEGO, ANALÍA</li> <li>- GÓMEZ, CLAUDIA</li> <li>- HAAG, SUSANA</li> <li>- HALBLAUB, ÉRIKA</li> <li>- HIDALGO, GEORGINA ESTEFANÍA</li> <li>- KLAJMAN, MAURICIO (*)</li> <li>- LEHMANN, DANIELA</li> <li>- LUNA, MAGALI</li> <li>- MEDINA CASTRO, MARÍA LAURA</li> <li>- PERALTA, MARÍA PAZ</li> <li>- PERALTA, VANINA RAQUEL</li> <li>- PÉREZ, MARÍA CRISTINA</li> <li>- SAMORA, MATÍAS</li> <li>- TORO, ANDREA (*)</li> <li>- VARNI, CAROLINA</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- FORTUNATO, DARDO (LA PLATA)</li> <li>- GUTIÉRREZ, JULIA (LA PLATA)</li> <li>- GILARDI, MARÍA RENATA (*)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- MARI, CLAUDIA MARTA (*)</li> <li>- PEREYRA, MARÍA LUCRECIA (*)</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- ARIAS, MÓNICA GRACIELA</li> <li>- BAYNAUD, SOLANGE (*)</li> <li>- BENAVENTE, JÉSICA</li> <li>- BERTELLO, MÓNICA (*)</li> <li>- BONZANO, CARLOS HUGO (*)</li> <li>- CABRERA, RODRIGO A.</li> <li>- CARDOZO, EZEQUIEL FACUNDO</li> <li>- CAREAGA, ALICIA</li> <li>- CRUZ, MARA LAURA</li> <li>- DÍAZ, GABRIELA</li> <li>- DIFINO, JUDITH</li> <li>- DOTTO, MELISA</li> <li>- FAZZINI, SOLEDAD</li> <li>- FRANCO, SAMANTA</li> <li>- GALDEANO, JUAN JOSÉ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- GALLEGO, ANALÍA</li> <li>- GÓMEZ, CLAUDIA</li> <li>- HAAG, SUSANA</li> <li>- HALBLAUB, ÉRIKA</li> <li>- HIDALGO, GEORGINA ESTEFANÍA</li> <li>- KLAJMAN, MAURICIO (*)</li> <li>- LEHMANN, DANIELA</li> <li>- LUNA, MAGALI</li> <li>- MEDINA CASTRO, MARÍA LAURA</li> <li>- PERALTA, MARÍA PAZ</li> <li>- PERALTA, VANINA RAQUEL</li> <li>- PÉREZ, MARÍA CRISTINA</li> <li>- SAMORA, MATÍAS</li> <li>- TORO, ANDREA (*)</li> <li>- VARNI, CAROLINA</li> </ul>  |   |  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- FORTUNATO, DARDO (LA PLATA)</li> <li>- GUTIÉRREZ, JULIA (LA PLATA)</li> <li>- GILARDI, MARÍA RENATA (*)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- MARI, CLAUDIA MARTA (*)</li> <li>- PEREYRA, MARÍA LUCRECIA (*)</li> </ul>  |   |  |   |  |

|  |   |
|--|---|
|  | <p style="text-align: center;"><b>EXCLUSIVAMENTE PROVINCIA DE MENDOZA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ÁLVAREZ, JOSÉ ANTONIO (*)</li> <li>- ÁLVAREZ, ROXANA (*)</li> <li>- APARICIO, MARCELO (*)</li> <li>- ARROJO, CLAUDIA (*)</li> <li>- BERGAMIN, LAURA (*)</li> <li>- CARDELLO, CARLOS ENRIQUE (*)</li> <li>- COLMAN, LUIS</li> <li>- GARCÍA, MARÍA EUGENIA VANESA</li> <li>- HANNA, MATILDE (*)</li> <li>- MARI, EDUARDO (*)</li> <li>- MELIA, MARÍA FLORENCIA</li> <li>- MUSSATTI, SOFIA</li> <li>- PÉREZ, JAVIER (*)</li> <li>- TICERA, FACUNDO</li> <li>- VILASECA, MARTÍN</li> </ul> <p><b>(*) AUTORIZANTES ESPECIALES:</b> pueden autorizar excepciones (afiliados fuera de padrón u otras excepciones).</p>  |
| <p>7.3. Productos Cubiertos:</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos y leches: Incluidos en el Vademécum Amplio o PMO, según corresponda al beneficiario (ver punto 1)</li> </ul> <p><b>ATENCIÓN:</b><br/><b>Leches Maternizadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Poseen cobertura únicamente al <b>Descuento General del beneficiario (40% o 50%)</b> siempre y cuando figuren en <b>vademécum correspondiente</b> y se encuentren <b>autorizadas por las personas indicadas en el Punto 7.2.</b></li> <li>▪ <b>Para tener cobertura al 100% la autorización debe ser efectuada por los Autorizantes señalados con (*), aclarando expresamente el porcentaje de descuento.</b></li> </ul> <p>Cabe mencionar que <b>aquellas recetas pertenecientes al Plan Materno Infantil cuyos productos posean una cobertura del 40% o 50% de descuento</b> según el plan del beneficiario, <b>deben ser presentadas con dichos porcentajes en lugar del 100%.</b></p> |
| <p>7.4. Límites de cantidades:</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos y leches: Lo que se encuentre autorizado por la Entidad.</li> </ul>   |
| <p><b>8.Productos Cubiertos:</b></p>   |   |
| <p>Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM de la Entidad de acuerdo al plan del beneficiario (ver punto 1) que se valida electrónicamente. @</p>  |   |
| <p><b>9.Medicamentos Faltantes:</b></p>  |   |
| <p>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.</p> |   |
| <p><b>10.Datos a completar por la farmacia:</b></p>  |   |
| <p><b>10.1.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.</b> @</p>  |   |
| <p>10.2.Fecha de venta;</p>  |   |
| <p>10.3.Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo;</p>   |   |
| <p>10.4.Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales)</p>   |   |
| <p>10.5.La farmacia deberá adjuntar cualquiera de los comprobantes de venta detallados:</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ticket fiscal propiamente dicho.</li> <li>• Documento no fiscal HOMOLOGADO</li> <li>• Duplicado o triplicado del ticket fiscal (idéntico al original pero con una leyenda de fondo "NO FISCAL").</li> <li>• Facturas A, B o C.</li> </ul>  |
| <p>10.6.Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico</p>  |   |
| <p>10.7.Firma y aclaración de quien retira los medicamentos;</p>   |   |
| <p>10.8.<b>Atención:</b> Cualquier corrección a estos datos debe ser salvada por la Farmacia. En ese caso el beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad.</p>   |   |

**11.Recomendaciones Especiales:**

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

11.2.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).

11.3.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.

11.4.Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

**12.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 13). **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:

**Atención:** Las recetas no procesadas electrónicamente (por ejemplo, Autorizaciones Especiales) deben liquidarse a través de la modalidad tradicional de planillas de Compañía (ver punto 13).

**13.Presentación de Recetas no procesadas electrónicamente:**

Todas las recetas de TV SALUD no procesadas electrónicamente deben presentarse en lotes separados según los distintos porcentajes de descuento.

Asimismo el **Cierre electrónico de Lotes SIEMPRE debe indicarse en el Resumen de Facturación general** (planilla provista por COMPANÍA) que presenta su Farmacia, **de igual modo que figuran las recetas sin validación on line.**

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

- presentación **ELECTRÓNICA** de TV SALUD (“Plan 40% VALIDACIÓN”, “Plan 50% VALIDACION”, etc.)
- presentación **MANUAL** de TV SALUD (“Plan 40% MANUAL”, “Plan 50% MANUAL”, etc.)

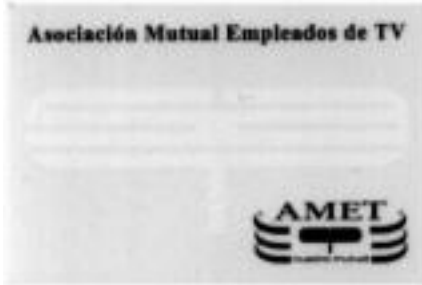
**14.Atención de Consultas:**

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con su 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 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.

**15. Muestra de Credenciales:**

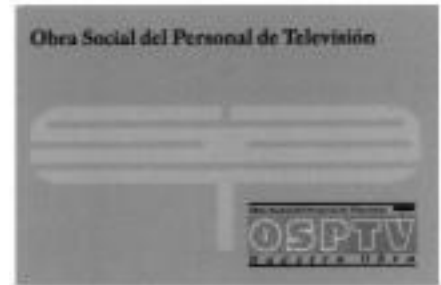
Color Amarillo



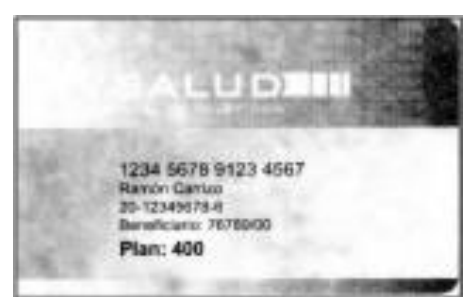
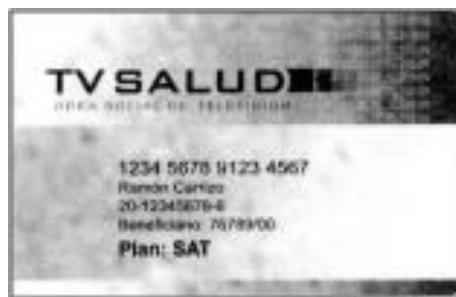
Color Naranja



Color Verde



Color Celeste



**16. Muestra de recetario:**

Recetario Rosa

| Fecha de Emisión   |  | Número de Socio |  | Cat.  | Edad              | Fecha de Dispensación                 |              | Código de Farmacia |  | IP de Ordenamiento |
|--|--|-----------------|--|---|-------------------|---------------------------------------|--------------|--------------------|--|--------------------|
| <p><b>Recetario 50% de descuento (VA BENEFICIARIO AMPLIADO)</b>      <b>Receta Serie "A" N° 000001</b></p> |  |                 |  |   |                   |                                       |              |                    |  |                    |
| Apellido y Nombre  |  |                 |  | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Cantidad Recetada |                                       | Prescripción | Precio Unitario    |  | Precio Unitario \$ |
| Rp /   |  |                 |  | Neces. Letras   |                   | Entregada                             |              | Precio Unitario \$ |  | Precio Unitario \$ |
| Rp /   |  |                 |  | Firma del Profesional                                       |                   | Certifico Entrega de los Medis. Fact. |              | Total Recetas \$   |  |                    |
| Sello de la Institución  |  |                 |  | Sello, Aclaración y Matrícula                               |                   | Firma y Sello Farmacéutico            |              | A. Cargo Socio \$  |  | A. Cargo Fondo \$  |
| (Diag.)  |  | Domicilio       |  | Firma Conforme:   |                   |                                       |              |                    |  |                    |
| (Cod. OMS)   |  | Localidad       |  | Provincia   |                   | Aclaración                            |              |                    |  |                    |

La presente receta tendrá una validez de 15 (quince) días contados a partir de la fecha de dispensación.

Recetario Celeste

| Fecha de Emisión   |  | Número de Socio |  | Cat.  | Edad              | Fecha de Dispensación                 |              | Código de Farmacia |  | IP de Ordenamiento |
|--|--|-----------------|--|---|-------------------|---------------------------------------|--------------|--------------------|--|--------------------|
| <p><b>TV SALUD Obra Social de Televisión PLANES 300-400</b>      <b>Recetario 40% de descuento (VA BENEFICIARIO AMPLIADO)</b>      <b>Receta Serie "A" N° 007501</b></p> |  |                 |  |   |                   |                                       |              |                    |  |                    |
| Apellido y Nombre  |  |                 |  | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Cantidad Recetada |                                       | Prescripción | Precio Unitario    |  | Precio Unitario \$ |
| Rp /   |  |                 |  | Neces. Letras   |                   | Entregada                             |              | Precio Unitario \$ |  | Precio Unitario \$ |
| Rp /   |  |                 |  | Firma del Profesional                                       |                   | Certifico Entrega de los Medis. Fact. |              | Total Recetas \$   |  |                    |
| Sello de la Institución  |  |                 |  | Sello, Aclaración y Matrícula                               |                   | Firma y Sello Farmacéutico            |              | A. Cargo Socio \$  |  | A. Cargo Fondo \$  |
| Domicilio  |  | Firma Conforme: |  |   |                   |                                       |              |                    |  |                    |
| Localidad  |  | Provincia       |  | Aclaración  |                   |                                       |              |                    |  |                    |

La presente receta tendrá una validez de 15 (quince) días contados a partir de la fecha de dispensación.

Recetario Verde

|                                       |                 |   |                                      |  |                       |                               |  |
|---------------------------------------|-----------------|---|--------------------------------------|--|-----------------------|-------------------------------|--|
| TV SALUD<br>Obra Social de Televisión |                 | PLANES : OSPTV - PLAN 100-200<br>SAT (NO MUTUALIZADO) |                                      | Recetario<br>40% de descuento<br>(VADEMECUM PMO) |                       | Receta<br>Serie "A" N° 007501 |  |
| Fecha de Emisión                      | Número de Socio | Cat.  | Edad                                 | Fecha de Dispensación                            | Código de Farmacia    | N° de Orden                   |  |
| Apellido y Nombre                     |                 |   | Sexo<br>[M] [F]                      | Cantidad<br>Entregada                            | Precio Unitario<br>\$ | Precio Unitario<br>\$         |  |
| Rp /                                  |                 |   | Cantidad Recetada<br>Nros. Letras    |  |                       |                               |  |
| Rp /                                  |                 |   |                                      |  |                       |                               |  |
| Firma del Profesional                 |                 |   | Certifico Entrega de los Medic. Fact |  |                       | Total Receta \$               |  |
| Sello de la Institución               |                 |   | Sello, Aclaración y Matricula        |  |                       | A Cargo Socio \$              |  |
| Domicilio                             |                 |   | Firma y Sello Farmacéutico           |  |                       | A Cargo Fondo \$              |  |
| Localidad                             |                 |   | Provincia                            |  |                       | Firma Conforme                |  |
|                                       |                 |   | Aclaración                           |  |                       |                               |  |

La presente receta tendrá una validez de 15 (quince) días corridos a partir de la fecha de dispensación

**17.Muestra de Constancia de Afiliación:**

**EL AFILIADO DEBE FIGURAR EN PADRÓN.**

TVSALUD  
OBRA SOCIAL DE TELEVISION

Cdad. Autónoma de Buenos Aires, 14 de agosto de 2014

Se extiende la presente a fin de certificar que el Sr. XXXXXXXXXXXX con  
DNI N° XX.XXX.XXX posee los beneficios de la OBRA SOCIAL DE TELEVISION con  
el N° de Beneficiario XXXXX/00.-

Plan: XXXXX - NO ABONA/ABONA COSEGURO

Vencimiento: 14/09/2014

Credencial en trámite Credencial en trámite

CLAUDIA BARRERA  
DIRECTORA DE SERVICIOS  
TVSALUD

Quinta Avenida 28 - C1167AAB - Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Tel. +54 11 3100. www.tvsalud.com / info@tvsalud.com

Cabe destacar que esta constancia reemplaza la presentación de la credencial correspondiente de TV SALUD.

**NO habilita socios fuera de padrón**