

Vigente a partir del 01 de Mayo de 2021.

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

1. Descuentos: Válidos sólo para pacientes ambulatorios - Sólo productos incluidos en vademécum

1.1. Plan Básico-GAMA	40%	@
1.2. Plan Intermedio-KRONO		
1.3. Plan Superior-QUANTUM	50%	@
1.4. Descuento Adicional FONDO COMPENSADOR TELEFÓNICO:	20% Se aplica en forma adicional al descuento general (40% ó 50%) de los afiliados identificados con la sigla “FC” en el Padrón de Habilitados. NO es válido para la cobertura de Pacientes con Patologías Crónicas, Plan Materno Infantil, ni ninguna otra cobertura distinta a la general (ver punto 9).	@
1.5. Plan Materno Infantil:	100% (No requiere previa autorización – Ver punto 6)	@
1.6. Leches:	Exclusivamente Listado Especial de Farmacias: Según validación ON LINE (ver punto 6)	@
1.7. Anticonceptivos:	40% ó 50% (Según plan del afiliado) Exclusivamente Listado Especial de Farmacias: Según validación ON LINE 100% Únicamente para productos cubiertos según Res.310/04 Exclusivamente Listado Especial de Farmacias: Según validación ON LINE	@
1.8. Patologías Crónicas, Hipoglucemiantes orales, Insulinas y Tiras reactivas:	MONTO FIJO, 70% ó 100% Exclusivamente Listado Especial de Farmacias: Según validación ON LINE	@
1.9. Autorizaciones Especiales:	Ver punto 8	

2. Habilitación del beneficiario:

2.1. Credencial definitiva o provisoria (según muestras).

2.2. Habilitación del Beneficiario según validación on-line (ver punto 18).
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
72077 / 00	7207700

Aclaraciones:

- **Fondo Compensador Telefónico:** el sistema de validación calcula automáticamente el descuento adicional. Por lo tanto, no debe efectuar ningún cálculo adicional para su cobro.
- Los beneficiarios no habilitados según validación on-line deben presentar la **Credencial Provisoria** para su atención, verificando la fecha de vencimiento. Se debe adjuntar copia de la misma a la receta para su presentación en COMPANÍA.
- **Las constancias de afiliación no son válidas** para la cobertura farmacéutica.

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:

ACLARACIÓN GENERAL: **durante la cuarentena sanitaria vigente**, los afiliados de OSTEL-ENSALUD podrán concurrir a las farmacias **con cualquiera de los siguientes comprobantes**:

- Prescripción tradicional** propiamente dicha.
- Reproducción de la prescripción emitida vía mail o Whatsapp** siempre y cuando cuente con los mismos datos de la prescripción tradicional según norma (nombre y apellido del paciente, número de afiliado, medicación y cantidades prescriptas, fecha de prescripción, datos del profesional, etc.)
- Autorizaciones especiales** (cuando esto sea requerido según norma) también enviada por mail u otra modalidad electrónica similar, ya sea para adjuntar alguno de los comprobantes anteriores o bien como reemplazo de la prescripción. En este último caso, la autorización deberá contener los mismos datos exigidos para la prescripción (puntos a y/o b).

En cualquier caso, **el paciente deberá concurrir a la farmacia con la impresión correspondiente** y **la farmacia proceder a su validación electrónica obligatoria** para su posterior liquidación a COMPANÍA. **NO se aceptarán dispensas sin alguno de los correspondientes comprobantes físicos de la prescripción** mencionados.

Para la dispensa de psicotrópicos o productos con receta archivada deberán cumplirse las disposiciones legales vigentes.

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 beneficiario (*) Medicamentos recetados por principio activo indicando una marca sugerida, incluida en el Vademécum Cantidad de cada medicamento (cuando se prescriba más de una cantidad debe estar escrita en números y letras); Firma y sello de médico u odontólogo, con número de matrícula y aclaración; Fecha de prescripción; <p><i>Las <u>correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción debe estar salvadas por el profesional con su firma y sello, o bien por cualquiera de los médicos auditores listados en el punto 8.1.</u></i></p> <p><i>(*) 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.</i></p>

4. Validez de la receta:

El día de la prescripción y los **60 días** siguientes.

5. Topes de cobertura:

5.1. Límites de cantidades:	Sin Tratamiento Prolongado	Con Tratamiento Prolongado ^(5.2.)
Renglones por receta: Envases por renglón:	Hasta 3 (tres) Hasta 1 (uno)	Hasta 3 (tres) 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 On Line que la receta corresponde a Tratamiento Prolongado.	

CÓDIGO DE ENTIDAD: 638 – CÓDIGO INTEGRADOR: ostelensalud
ANEXO I – CIRCULAR 219/21 B

	Presentación	Entregar
5.3. Antibióticos Inyectables:	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.
5.4. 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:	<u>Cuando el médico:</u> <ul style="list-style-type: none"> No especifica cantidades 	<u>Debe entregarse:</u> <ul style="list-style-type: none"> El envase de menor contenido.
	<ul style="list-style-type: none"> Sólo indica la palabra "grande" 	<ul style="list-style-type: none"> La presentación siguiente a la menor.
	<ul style="list-style-type: none"> Equivoca la cantidad y/o contenido 	<ul style="list-style-type: none"> El tamaño inmediato inferior al indicado.

6. Plan Materno Infantil:

6.1. Habilitación del beneficiario:	<ul style="list-style-type: none"> Figurar habilitado con cobertura PMI (Madre o Niño) según validación on-line.
6.2. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos: Identificados en el Vademécum con la leyenda "100% PMI sin autorización" que se valida electrónicamente.
	<ul style="list-style-type: none"> Leches maternizadas: Excluidas de la cobertura. Leches medicamentosas: válido exclusivamente para Listado Especial de Farmacias.
6.3. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> Igual al resto de los planes. NO requiere autorización previa de OSTEL-ENSALUD.
6.4. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> Igual al resto de los planes.

7. Vademécum:

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

ATENCIÓN – Descuento FONDO COMPENSADOR TELEFÓNICO – Beneficiarios OSTEL-ENSALUD: No se cubren los medicamentos identificados con cobertura para Patologías Crónicas, Plan Materno Infantil ni ninguna otra cobertura distinta a la general.

8. Autorizaciones Especiales:

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

Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos cuando se hallen autorizadas por ENSALUD mediante Formulario de Autorización (según muestra punto 16) ya sea vía mail o fax, junto con la prescripción original correspondiente.

9. Aclaraciones Cobertura Fondo Compensador Telefónico:

Puntos a tener en cuenta para aplicar y liquidar la cobertura del Fondo Compensador Telefónico:

- El descuento del **20%** es **ADICIONAL** al del plan general del beneficiario (**40% ó 50%**) identificado en el padrón con la sigla "FC".
- Si un afiliado no figura identificado en el padrón con la sigla "FC" pero presenta el **recibo de sueldo actualizado que indique aporte al Fondo Compensador Telefónico, debe ser atendido** adjuntando copia a la receta para su presentación.
- El descuento adicional del 20% **debe calcularse sobre el importe bruto y NO SOBRE EL A CARGO DEL AFILIADO.**
- No se aplica el descuento del 20% sobre otras coberturas distintas a la general**, por ejemplo: Monto Fijo según Res. 310/04, Hipoglucemiantes, u otro porcentaje autorizado por OSTEL-ENSALUD distinto al 40% ó 50%.
- Debe presentarse como parte de la facturación de OSTEL-ENSALUD (cód. 638), **SIN SEPARAR en un lote aparte**. Por lo tanto, **los importes brutos no deben sumarse dos veces.**
- NO se requiere fotocopia** de la receta de OSTEL-ENSALUD.
- Los **importes del descuento adicional del Fondo Compensador** (cuando corresponda) deben reflejarse **CON IDÉNTICOS VALORES Y PORCENTAJE** tanto en la receta de OSTEL-ENSALUD como en el ticket de venta.



ENSALUD
Servicios Integrales de Salud

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LAS TELECOMUNICACIONES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA



CÓDIGO DE ENTIDAD: 638 – CÓDIGO INTEGRADOR: ostelensalud

ANEXO I – CIRCULAR 219/21 B

El Sistema de Validación calcula automáticamente el descuento adicional del Fondo Compensador Telefónico. Por lo tanto, su farmacia sólo debe aplicar el resultado que otorga el sistema y **no debe efectuar ningún cálculo adicional para su cobro.**

10. 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.

11. Datos a completar por la farmacia:

11.1. **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.

11.2. Fecha de venta;

11.3. Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo.

11.4. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad y totales);

11.5. 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.

Es OBLIGATORIA la presentación del ticket de venta adjunto a las recetas. Caso contrario, la entidad debitará dichas recetas.

11.6. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

11.7. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos;

12. Recomendaciones Especiales:

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

12.2. 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).

12.3. 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.

12.4. Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

13. 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.



ENSALUD
Servicios Integrales de Salud

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LAS TELECOMUNICACIONES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA



COMPANÍA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 638 – CÓDIGO INTEGRADOR: ostelensalud

ANEXO I – CIRCULAR 219/21 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. De igual modo debe procederse con las **DECLARACIONES DE DISPENSA** a fin de incluir ambas modalidades en el **Resumen de Facturación electrónico** que su farmacia presentará en **COMPANÍA**. Caso contrario, es motivo de rechazo de las mismas. Utilice dicha herramienta teniendo en cuenta las indicaciones del Instructivo General del sistema.

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

IMPRESION PREVIA ORIGINAL

RESUMEN LIQUIDACION
PERIODO: DESDE 24/02/2011 HASTA 24/02/2011
FARMACIA: 1 - LOCALIDAD:
DIRECCION: PROVINCIA:
ENTIDAD: 6
CANTIDAD DE RECETAS: 3
IMPORTE BRUTO: \$275,29
A CARGO OBRA SOCIAL: \$225,39

Albado N	Fecha	Aut. N	Orden	%	Total	A Cargo
225901	24/02/2011 08:28	3	100	99	\$20,25	\$19,76
42010	24/02/2011 08:28	4	100	99	\$187,26	\$187,24
242005	24/02/2011 08:28	5	100	99	\$67,78	\$67,39

Recetas: 3
A Cargo del Albado: \$44,40
A Cargo de la Obra Social: \$228,99
Total: \$275,39

COMPROBANTE NO VALIDO COMO LIQUIDACION

IMPRESION PREVIA ORIGINAL

RESUMEN LIQUIDACION
PERIODO: DESDE 24/02/2011 HASTA 24/02/2011
FARMACIA: 1 - LOCALIDAD:
DIRECCION: OTE. ARTURO R. DIAZ 2058 PROVINCIA:
ENTIDAD:
CANTIDAD DE RECETAS: 3
IMPORTE BRUTO: \$275,29
A CARGO OBRA SOCIAL: \$225,39

Albado N	Fecha	Aut. N	Orden	%	Total	A Cargo
225901	24/02/2011 08:28	3	1	99	\$20,25	\$19,76
42010	24/02/2011 08:28	4	2	100	\$187,26	\$187,24
242005	24/02/2011 08:28	5	3	99	\$67,78	\$67,39

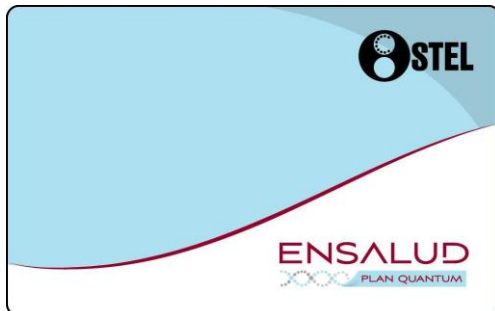
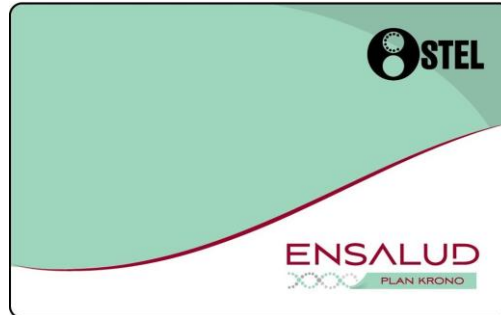
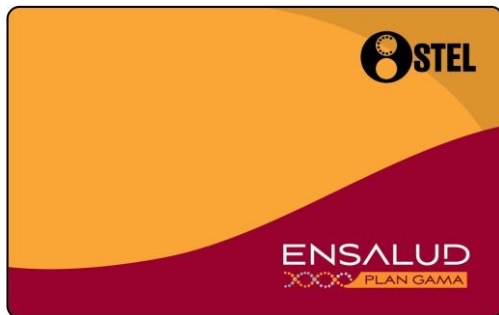
Recetas: 3
A Cargo del Albado: \$44,40
A Cargo de la Obra Social: \$228,99
Total: \$275,39

RES. NEO. 000006

Atención Colegios, Cámaras y/o agrupaciones farmacéuticas:

En el Resumen de Presentaciones por Farmacia debe indicarse **por separado** las recetas procesadas **ON LINE** y las que no lo están.

15. Muestra de Credenciales:



Convenio de Atención

STEL
Aliados Activos

Credencial Provisoria Nro: 10797

GRUPO FAMILIAR

Apellido	Nombre	DNI	Fecha	Plan
ORTIZ	M	72 /00		KRONO
ORTIZ	M	72 /02		KRONO
MUÑOZ	M	72 /03		KRONO
ACUÑA	R M	72 /04		KRONO

Esta credencial provisoria vence el día 12-03-2018

ENSALUD
Servicio de Atención al Cliente

ENSALUD
Servicio de Atención al Cliente

ENSALUD
Servicio de Atención al Cliente

info@ensalud.org / www.ensalud.org

16. Formulario de Autorización:



Detalle de la Solicitud 518481

Obra Social	Afinidad	Zona	Plan	Origen
				RD OpciónSSS (Rel De
Extra Capita	NO			
Afiliado	DOMICILIO :			
Recetario	Fecha Receta:	Fecha Solicitud:		
	Fecha Internacion:			
	Derivante:			
Sede EFECTOR	Domicilio:			
	Tel:			
	Localidad: -			

DIAGNOSTICOS (CIE10)

Codigo	Descripcion

PRACTICAS

Codigo	Descripcion	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 ÍTEMES AUTORIZADOS DEBEN FACTURARSE A LOS VALORES CONVENIDOS.

Esta orden ha sido gestionada a través de la página web:



ENSALUD
SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD

www.ostelensalud.org