

Vigente a partir del 1º de Febrero 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 OSPIM (“Plan MIXTO VALIDACIÓN”)
- presentación **MANUAL** de OSPIM (“Plan MIXTO MANUAL”)

1.Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)

1.1. Planes	Descuento	Vademécum	
DELTA A KRONO QUANTUM A KRONO QUANTUM B	40%	BAJO	@
KRONO QUANTUM C	40%	ALTO	@
KRONO QUANTUM D	80%		
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: <table border="1"> <tr> <th>NRO. DE BENEFICIARIO EN CREDENCIAL</th><th>NÚMERO A INGRESAR</th></tr> <tr> <td>80135 / 00</td><td>8013500</td></tr> </table>	NRO. DE BENEFICIARIO EN CREDENCIAL	NÚMERO A INGRESAR	80135 / 00	8013500
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:	De todo tipo (Particular o de Instituciones);
3.2. 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. 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;

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 **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 de acuerdo al plan del afiliado.
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: <u>1ra. entrega:</u> la afiliada deberá presentar el <u>certificado original</u>. <u>2da. y 3ra. entrega:</u> la afiliada deberá presentar <u>fotocopia del certificado</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:	100% según Vademécum y de acuerdo a lo que figure empadronado para cada beneficiaria en el sistema de validación online. En caso de no contar con el empadronamiento correspondiente, los productos carecen de cobertura al descuento general.	@	
7.4. Límites de cantidades:	1 (un) envase mensual (aún cuando la prescripción indique la totalidad de envases para el trimestre). Atención: No puede realizarse más de una entrega en forma simultánea, excepto que lo indique expresamente Ensalud en el certificado.	@	
7.5. Validez del Certificado:	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:	Pacientes crónicos y/o diabéticos 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.	@	
8.2. Recetario:	- 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. Aclaraciones: <u>1ra. entrega:</u> el afiliado deberá presentar el certificado original. <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:	Crónicos:	70% DELTA A, KRONO QUANTUM A, B y C según Vademécum y de acuerdo a lo que figure empadronado para cada beneficiario en el sistema de validación online 100% KRONO QUANTUM D según Vademécum y de acuerdo a lo que figure empadronado para cada beneficiario en el sistema de validación online.	@
	Hipoglucemiantes orales, Insulinas, Tiras reactivas, Agujas, Lancetas:	100% (todos los planes) según Vademécum y de acuerdo a lo que figure empadronado para cada beneficiario en el sistema de validación online. En caso de no contar con el empadronamiento correspondiente, los productos carecen de cobertura al descuento general.	@
8.4. Límites de cantidades:	1 (un) envase mensual (aún cuando la prescripción indique la totalidad de envases para el trimestre). Atención: No puede realizarse más de una entrega en forma simultánea, excepto que lo indique expresamente Ensalud en el certificado.	@	

8.5. Validez del Certificado:

- **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:

- 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.

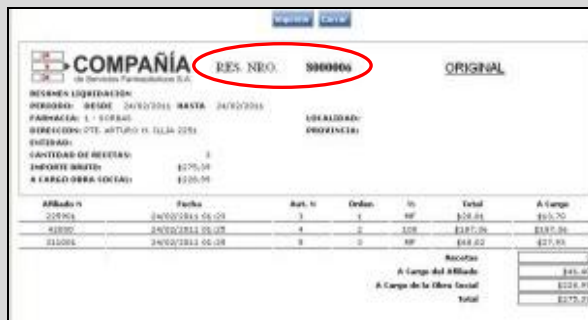
13.4.Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

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. **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:

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 OSPIM **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 COMPAÑÍA), 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:**

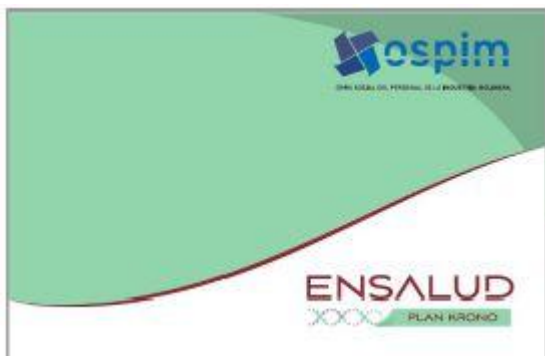
- presentación **ELECTRÓNICA** de OSPIM ("Plan MIXTO VALIDACIÓN")
- presentación **MANUAL** de OSPIM ("Plan MIXTO MANUAL")

16.Atención de Consultas:

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de **COMPañÍA** 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:





18.Muestra de Formulario de Autorización:



ENSALUD
PLANES INTEGRALES DE SALUD



OSPIM
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA

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)

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
M.O. Res. 319/04 M.S.

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:

DIAGNOSTICOS (Códigos según Res. 331/04)

CÓDIGO	GRUPO	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO	GRUPO	DESCRIPCIÓN
1	1	HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL	18	2	LUPUS ERMATOSIS SISTEMICO
2	1	HIPERTENSION ARTERIAL SECUND.	19	1	ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA
3	1	INSUFICIENCIA CORONARIA	20	2	GRITA CRÓNICA
4	1	CARDIOPATÍA ISQUEMICA	21	2	ARTROSIS REUMATÓIDE JUVENIL
5	1	INSUFICIENCIA VALVULAR CORAZÓN	22	1	DIABETES
6	1	INSUFICIENCIA CARDIACA	23	2	DERMATOMIOSITIS
7	1	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	24	2	SÍNDROME DE S. COHEN
8	1	TTG. ANTICUAGULANTE	25	1	POLIMIALGIA REUMÁTICA
9	1	ARITMIAS	26	2	COLITIS ULCEROSA
10	1	TERAPÉUTICA ANTIAGREGANTE	27	2	ENFERMEDAD DE CROHN
11	1	PREZ. 1º DE CARDIOPATÍA ISQUEM.	28	2	PARKINSON
12	1	PREZ. 2º DE CARDIOPATÍA ISQUEM.	29	2	EPILIPSIA
13	2	DIABETES (TIPO INSULINO REQUIER.)	30	7	ESQUIMOPIA
14	3	DESPIMIAS	31	7	PSICOSIS ORGÁNICAS
15	4	HIPERTIROIDISMO	32	8	ASMA BRONQUIAL
16	4	HIPOTIROIDISMO	33	8	BRONQUITIS CRÓNICA
17	5	ARTROSIS REUMATÓIDEA	34	2	GLAUCOMA (HIPERTENSION OCULAR)

INDICAR CÓDIGOS Y/U OTROS DIAGNOSTICOS:

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

PRINCIPIO ACTIVO	FORMA	CONTENIDO	POTENCIA	CONSUMO DIARIO EN UNIDADES	DURACIÓN 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:

DATOS A COMPLETAR
Beneficiario: ☐ Tercero Intervenido: ☐
Firma conforme:
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 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. 331/04)

PRINCIPIO ACTIVO	FORMA	CONTENIDO	POTENCIA	CONSUMO DIARIO EN UNIDADES	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	CANTIDAD DE ENVASES
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						
86						
87						
88						
89						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						

INDICAR CÓDIGOS Y/U OTROS DIAGNOSTICOS:

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

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:

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

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