



Patologías crónicas, Anticonceptivos, Diabetes y Discapacidad SIN VALIDACIÓN

Informamos que **las coberturas de Patologías crónicas, Anticonceptivos, Diabetes y Discapacidad NO REQUIEREN VALIDACIÓN ONLINE.**

Los afiliados presentarán el siguiente **Certificado de Autorización:**

Aquí se indicará el tipo de **cobertura** (Crónicos, Diabetes, etc.)

Formulario Nro: 6343

Fecha: _____

DATOS DEL PACIENTE:

Apellido y Nombre: _____

Afiliado N°: _____ D.N.I. N°: _____

Titular ☐ Familiar ☐ Fecha Nacimiento: _____

Domicilio: ALSINA 2338 Localidad: _____

Plan: Plan Ensalud

Sexo: M ☐ F ☐ Tel: _____

INSULINO REQUIRIENTE: Diabetes tipo I ☐ NO INSULINO REQUIRIENTE: Diabetes tipo II ☐

Diagnóstico: En la prescripción solo pueden ser agregados tres medicamentos

PRINCIPIO	FORMA / ORIGEN	CONTENIDO / PRESENTACIÓN	POTENCIA	DOSIS DIARIA	DURACION TRAT.	ENVASES
Rp1/ Insulina	Corriente	Bovina	Frascos x 10 ml		U.I.	
		Porcina	Cartuchos x 1.5 ml		U.I.	
		Humana	Cartuchos x 3 ml		U.I.	
Rp2/ Insulina	N.P.H.	Bovina	Frascos x 10 ml		U.I.	
		Porcina	Cartuchos x 1.5 ml		U.I.	
		Humana	Cartuchos x 3 ml		U.I.	
Rp3/ Insulina	Otras		Frascos x 10 ml		U.I.	
			Cartuchos x 1.5 ml		U.I.	
			Cartuchos x 3 ml		U.I.	
ACCESORIOS						
Tiras reactivas en sangre						
Lancetas						
Otros accesorios						
OTROS						
Rp4/ H.G.O.	Glibenclámda				Mej	
	Metformina				Mej	
	Gliclazida				Mej	
	Glimepirido				Mej	
	Rosiglitazona				Mej	
	Otros:				Mej	

INDICAR DETALLE DE DIAGNÓSTICO: _____

Para autorizar deben estar completos todos los campos de la hoja 1 y 2

SR. PROFESIONAL: Indique Períodos de Tratamiento: Mes y Año 1º Período de Tratamiento: 2º Período de Tratamiento: 3º Período de Tratamiento: DATOS A COMPLETAR Beneficiario ☐ Tercero Interviniente ☐ Firma conforme: Aclaración: Tipo y N° de Doc.:	CERTIFICO ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS Período: Sello y Firma del Farmacéutico		Total de la receta A cargo del beneficiario A cargo de la O.S.
	Troquel	Troquel	Troquel
	Troquel	Troquel	Troquel
	Troquel	Troquel	Troquel

DATOS DEL MEDICO TRATANTE

Apellido y Nombre: _____

Matricula MP: _____ MN: _____

Institución: _____

Firma y Sello: _____

Aclaraciones:

- 1ra. y 2da. entrega: la afiliada deberá presentar fotocopia del certificado de autorización.
- 3ra. entrega: la afiliada deberá presentar certificado original.



ANTE CUALQUIER DUDA, COMUNÍQUESE CON NUESTRO SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE | LUNES A VIERNES | 8.30 a 18.30 HS

(011) 4136-9090 | info@csf.com.ar | www.csf.com.ar | www.plataformacsf.com

- El afiliado deberá firmar el certificado en conformidad al período correspondiente y la farmacia adherir los troqueles correspondientes.
- NO es necesario que la prescripción sea en original.

Sin otro particular, los saludamos muy atentamente.



ANTE CUALQUIER DUDA, COMUNÍQUESE CON NUESTRO SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE | LUNES A VIERNES | 8.30 a 18.30 HS

(011) 4136-9090 | info@csf.com.ar | www.csf.com.ar | www.plataformacsf.com