



ENSALUD
Servicios Integrales de Salud



Obra Social de
JARDINEROS



COMPAÑÍA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 669 – CÓDIGO INTEGRADOR: jardinerensalud

ANEXO I – CIRCULAR 80/23 B

Vigente a partir del 23 de Marzo de 2023.

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.

Los **datos consignados en las validaciones y/o declaraciones deben reflejar fielmente lo indicado en la prescripción** (beneficiario, profesional y/o institución, productos, fecha de prescripción, etc.). Caso contrario, la receta es plausible de observación y débito.

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 ENSALUD-JARDINEROS (“Plan MIXTO VALIDACIÓN”)

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

1.Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios)

1.1. Planes	Descuento	Vademécum	
ENSALUD-JARDINEROS DELTA	40%	BAJO	@
1.2. Plan Materno Infantil:	100% (ver punto 6)		@
1.3. Anticonceptivos:	100% (ver punto 7)		@
1.4. Patologías crónicas e Hipoglucemiantes orales:	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 completo como figura en la credencial, sin puntos ni barras . Por ejemplo:	
	NRO. DE BENEFICIARIO EN CREDENCIAL	NÚMERO A INGRESAR
	20316424100	20316424100

@

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). - El recetario de ENSALUD (ver muestra punto 17) es válido para todos los planes. ATENCIÓN: NO son válidos los recetarios sin membrete del médico o la institución que emite la receta (por ejemplo: recetarios en blanco o de publicidad de medicamentos).	
3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:	- Denominación de la entidad (**); - Nombre y apellido del paciente; DIAGNÓSTICO (*) - 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;	



ENSALUD
Servicios Integrales de Salud



Obra Social de
JARDINEROS



COMPAÑÍA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 669 – CÓDIGO INTEGRADOR: jardinerensalud

ANEXO I – CIRCULAR 80/23 B

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

(*) Es válida la leyenda “Secreto Médico”.

(**) Datos que pueden ser salvados por el beneficiario y el farmacéutico. 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 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 Online que la receta corresponde a Tratamiento Prolongado.	
5.3. 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.
5.4. Psicofármacos:	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>	<u>Debe entregarse:</u>
	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. Debe contar con la leyenda “Plan Materno Infantil” o PMI por parte del profesional 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 que requieran anticonceptivos que figuren empadronadas para tal fin en el sistema de validación online. En caso de que una paciente no figure habilitada en dicho sistema con cobertura diferencial y así lo requiera, debe ser derivada a ENSALUD para su empadronamiento.
-------------------------------------	--



ENSALUD
Servicios Integrales de Salud



Obra Social de
JARDINEROS



COMPAÑÍA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 669 – CÓDIGO INTEGRADOR: jardinerensalud

ANEXO I – CIRCULAR 80/23 B

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. y 2da. entrega:</u> el afiliado deberá presentar <u>fotocopia del certificado</u>. – <u>3ra. entrega:</u> el afiliado deberá presentar el <u>certificado original</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 autorice expresamente Ensalud.	@	
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 e Hipoglucemiantes orales:			
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. y 2da. entrega:</u> el afiliado deberá presentar <u>fotocopia del certificado</u>. – <u>3ra. entrega:</u> el afiliado deberá presentar el <u>certificado original</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% sobre productos identificados en Vademécum.	@
	Hipoglucemiantes orales, Insulinas, Tiras reactivas, Aguja, Lancetas:	100% según Vademécum y de acuerdo a lo que figure empadronado para cada beneficiario en el sistema de validación online.	@
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 autorice expresamente Ensalud.	@	
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. • <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.	@	



ENSALUD
Servicios Integrales de Salud



Obra Social de
JARDINEROS



COMPAÑÍA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 669 – CÓDIGO INTEGRADOR: jardinerensalud

ANEXO I – CIRCULAR 80/23 B

9.Productos Cubiertos:

Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM vigente de la entidad.

10.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 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.

12.6.Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

12.7.Firma y aclaración 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;



ENSALUD
Servicios Integrales de Salud



Obra Social de
JARDINEROS



COMPAÑIA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 669 – CÓDIGO INTEGRADOR: jardinerensalud

ANEXO I – CIRCULAR 80/23 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 **COMPAÑIA**. 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:

Impresión Cierre

COMPAÑIA
de Servicios Farmacéuticos S.A.

IMPRESION PREVIA ORIGINAL

RESUMEN LIQUIDACION
PERIODO: DESDE 24/02/2011 HASTA 24/02/2011
FARMACIA: L-
LOCALIDAD:
DIRECCION: OTE. ARTURO V. ILLA 2011
PROVINCIA:
ENTIDAD: 6
CANTIDAD DE RECETAS: 3
IMPORTE BRUTO: \$275,39
A CARGO OBRA SOCIAL: \$228,99

Afiliado N	Fecha	Aut. N	Orden	Un	Total	A Cargo
222901	24/02/2011 01:23	3	10	MP	\$10,05	\$10,70
42000	24/02/2011 01:25	4	110	MP	\$197,34	\$197,34
211000	24/02/2011 01:25	5	10	MP	\$68,02	\$27,95
Recetas						3
A Cargo del Afiliado						\$46,42
A Cargo de la Obra Social						\$228,99
Total						\$275,39

COMPROBANTE NO VALIDO COMO LIQUIDACION

Impresión Cierre

COMPAÑIA
de Servicios Farmacéuticos S.A.

RES. NEO. 000000 ORIGINAL

RESUMEN LIQUIDACION
PERIODO: DESDE 24/02/2011 HASTA 24/02/2011
FARMACIA: L- 000000
LOCALIDAD:
DIRECCION: OTE. ARTURO V. ILLA 2011
PROVINCIA:
ENTIDAD: 6
CANTIDAD DE RECETAS: 3
IMPORTE BRUTO: \$275,39
A CARGO OBRA SOCIAL: \$228,99

Afiliado N	Fecha	Aut. N	Orden	Un	Total	A Cargo
222901	24/02/2011 01:23	3	10	MP	\$10,05	\$10,70
42000	24/02/2011 01:25	4	110	MP	\$197,34	\$197,34
211000	24/02/2011 01:25	5	10	MP	\$68,02	\$27,95
Recetas						3
A Cargo del Afiliado						\$46,42
A Cargo de la Obra Social						\$228,99
Total						\$275,39

15.Atención de Consultas:

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

16.Muestra de credenciales:



17.Muestra de Recetario ENSALUD:



ENSALUD
Servicios Integrales de Salud



Obra Social de
JARDINEROS



COMPAÑÍA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 669 – CÓDIGO INTEGRADOR: jardinerensalud

ANEXO I – CIRCULAR 80/23 B



ENSALUD
Servicios Integrales de Salud

Nombre _____

Obra Social _____

Nº Afiliado _____ Dirección _____ Teléfono _____

Solicitud de:

Laboratorio ☐ Radiología ☐ Ecografías ☐ Prácticas Especializadas ☐ Medicación ☐ Otros ☐

Diagnóstico _____

www.ensalud.org
info@ensalud.org

Fecha

Firma y Sello _____

18.Muestra de Formulario de autorización:



Detalle de la Solicitud 518481

Obra Social	Afinidad	Zona	Plan	Origen
				RD Opción 555 (Rel De

Extra Capita	NO		
Afiliado	DOMICILIO :		
Recetario	Fecha Receta:	Fecha Solicitud:	
	Fecha Internación:		
	Derivante:		
Sede	Domicilio:		
EFECTOR	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 ÍTEMES AUTORIZADOS DEBEN FACTURARSE A LOS VALORES CONVENIDOS

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



ENSALUD
SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD

Información adicional:
660998 y 660677



ENSALUD
Servicios Integrales de Salud



Obra Social de
JARDINEROS



COMPAÑIA
de Servicios Farmacéuticos

CÓDIGO DE ENTIDAD: 669 – CÓDIGO INTEGRADOR: jardinerensalud

ANEXO I – CIRCULAR 80/23 B

19. Muestra de Certificado de Anticonceptivos y Cronicidad:

COBERTURA ANTICONCEPCIÓN		Formulario Nro: 4397		ENSALUD																					
Tratamiento Trimestral - Entrega Mensual																									
DATOS DEL PACIENTE:																									
Apellido y Nombre: _____ Fecha: 26/11/2019																									
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)																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">PRINCIPIOS ACTIVOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + ACETATO DE CIPROTERONA 2 mgr</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + DESORGESTREL 0.15 mgr</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + GESTODENO 0.06/075 mgr</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + LEVONORGESTREL entre 0.10 y 0.30 mgr</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ETINILESTRADIOL entre 0.015 y 0.035 mgr + NORGESTIMATO 0.250 mgr</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ETINILESTRADIOL entre 0.03 y 0.04 mgr + GESTODENO 0.05-0.1 mgr</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ETINILESTRADIOL entre 0.03 y 0.04 mgr + LEVONORGESTREL entre 0.05 y 0.125 mgr</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LEVONORGESTREL 0.030 mgr</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LINESTRENOL 0.5 mgr</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						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	
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 CODIGOS Y/O OTROS DIAGNOSTICOS:																									
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																				
1																									
SR. PROFESIONAL: Indique Período de Tratamiento: Mes y Año																									
1° Período de Tratamiento: _____																									
2° Período de Tratamiento: _____																									
3° Período de Tratamiento: _____																									
CERTIFICÓ ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS																									
Período: _____																									
Total de la receta																									
A cargo del beneficiario																									
A cargo de la O.S.																									
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		Formulario Nro: 4398		ENSALUD	
PROGRAMA DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS					
P.M.O. Res. 319/04 M.S.					
Tratamiento Trimestral - Entrega Mensual					
DATOS DEL PACIENTE:					
Apellido y Nombre: _____ Fecha: 26/11/2019					
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)					
CODIGO	GRUPO	DESCRIPCION	CODIGO	GRUPO	DESCRIPCION
1	1	HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL	16	5	LUPUS ERMATOSICO SISTEMICO
2	1	HIPERTENSION ARTERIAL SECUND	19	1	ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA
3	1	INSUFICIENCIA CORONARIA	20	1	OSTEOARTROSIS
4	1	CARDIOPATIA ISQUEMICA	21	5	ARTROSIS RUMATOIDE JUVENIL
5	1	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGEST	22	5	POLIMIOSIS
6	1	INSUFICIENCIA CARDIACA	23	5	DERMATOMIOSITIS
7	1	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	24	5	SINDROME DE SICKEN
8	1	TTO. ANTICUAGULANTE	25	5	POLIMIALGIA REUMATICA
9	1	ANTITUMOR	26	5	COLITIS ULCEROSA
10	1	TERAPIA ANTITUMORAL	27	5	ENTEROPATIA DE CROHN
11	1	PREV. 1° DE CARDIOPATIA ISQUEM	28	5	HIVIRUS
12	1	PREV. 2° DE CARDIOPATIA ISQUEM	29	5	EPILEPSIA
13	2	DIABETES II (NO INSULINO REQUIR)	30	7	ESCLEROSIS
14	3	DIS. PRIMARIAS	31	7	PSICOSIS ORGANICAS
15	4	HIPERTICIDISMO	32	8	ASMA BRONQUIAL
16	4	HIPERTICIDISMO	33	8	FRANCOS RUMATISMOS
17	5	ARTROSIS RUMATOIDEA	34	5	GLAUCOMA (HIPERTENSION OCULAR)
INDICAR CODIGOS Y/O OTROS DIAGNOSTICOS:					
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
1					
2					
3					
SR. PROFESIONAL: Indique Período de Tratamiento: Mes y Año					
1° Período de Tratamiento: _____					
2° Período de Tratamiento: _____					
3° Período de Tratamiento: _____					
CERTIFICÓ ENTREGA DE LOS MEDICAMENTOS FACTURADOS					
Período: _____					
Total de la receta					
A cargo del beneficiario					
A cargo de la O.S.					
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					