



Aclaración: habilitación del beneficiario

CÓDIGO DE ENTIDAD: 691

Ante consultas recibidas, aclaramos cómo procesar los datos del afiliado al momento de realizar la Declaración de Dispensa:

Declaración de dispensa

Entidad: * PROVINCIA ART - 691

Nro. de Afiliado: *

Nro. de Siniestro:

Nro. de Autorización:

Prescripción: * 06/06/2025

Dispensa: * 06/06/2025

Tipo de Prestador: Medico

Tipo de Matrícula: MN

Matrícula: *

Institucion:

☐ Tratamiento Prolongado

Dias de Validez: 180

Provincia: Capital Federal

En caso de corresponder, ingresar número de formulario de autorización (ver muestra en punto 13)

Ingresar obligatoriamente el **número de DNI** del afiliado.
IMPORTANTE: cualquier otra numeración ingresada (ej. CUIL) será rechazada por el sistema.

Ingresar obligatoriamente el **número de siniestro**

Solicitamos prestar especial atención a estas particularidades para evitar débitos.

Ante cualquier duda, comuníquese con nuestro Departamento de Atención al Cliente.

Sin otro particular, los saludamos atentamente.



Ante cualquier duda, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente

Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 hs.

(011) 4136-9090 | 15 4030-4952 | (011) 15 3946-9482 | (011) 15 5401-6290

info@csf.com.ar

www.csf.com.ar

www.plataformacsf.com