



Agosto 2007

OBRA SOCIAL: BERKLEY A. R. T.

Nombre Completo: Berkley International A.R.T.
N° CUIT.: 30-68589307-6 Cód. de O.S.: 00167
Dirección: Carlos Pellegrini 1023 - 1° Subsuelo - Capital Federal.

<p>DESCUENTO:</p> <p>Accidentes de Trabajo 100% Otros NO</p> <p>O.S.</p> <p>100% NO</p> <p>AFILIADO</p> <p>---</p> <p>TIPO DE RECETARIO:</p> <p>Fed. Méd.: NO Particular: SI * Oficial: NO S.A.M.O.: NO Otros: NO</p> <p>VALIDEZ DE LA RECETA: 7 días.</p> <p>TROQUELADO: SI (Excepto cuando se expendan accesorios farmacéuticos).</p> <p>FECHA DE EXPENDIO: SI</p> <p>ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATRICULA: Con sello: SI Manuscrito: NO</p> <p>ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES: Letras: SI Números: SI</p> <p>ENMIENDAS SALVADAS: Por el Médico: SI Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI</p> <p>DEL RESUMEN: Planilla: On Line Cantidad: Una Presentación: Mensual.</p> <p>COBERTURA DEL SERVICIO: Para toda la Provincia de Buenos Aires.</p>	<p>DE LA PRESCRIPCION: Cantidad Máxima de:</p> <p>PRODUCTOS POR RECETA: Sin Límite **</p> <p>UNIDADES POR TAMAÑO:</p> <p>Cuando existen 2 tamaños: 1er Tamaño: Sin límite ** 2do Tamaño: Sin límite **</p> <p>Cuando existen más de 2 tamaños: 1er Tamaño: Sin límite ** 2do Tamaño: Sin límite ** 3er Tamaño: Sin límite **</p> <p>Antibióticos inyectables: envase individual o multidosis: Hasta 10 (diez) ampollas.</p> <p>PRODUCTOS RECONOCIDOS: Son reconocidos todos los medicamentos de Venta Bajo Receta y Venta Libre que figuran en el Manual Farmacéutico.</p> <p>Asimismo, se reconocerán todos los Accesorios Farmacéuticos de venta usual en farmacia (vendag- gasas- algodón, etc.) al precio del mercado habitual.</p>
--	--

<p>OBSERVACIONES:</p> <p>* No es necesario solicitar a los afiliados de BERKLEY A. R. T. la denuncia de accidente ni recetario oficial para la entrega de medicamentos en situación de accidente.</p> <p>** Se dispensarán las cantidades prescritas por el médico. Si éste no indica cantidad o tamaño, se entregará un sólo envase del menor tamaño.</p> <p>NOTA: Datos que deben figurar en la receta:</p> <ul style="list-style-type: none">- Nombre y apellido del afiliado- Número de afiliado: CUIL o DNI- Identificación de la Aseguradora: Berkley A.R.T.- Nombre de la Empresa donde trabaja el afiliado <p>Conformidad del Afiliado: Firma - Aclaración - N° de documento y Domicilio de la persona que retira los medicamentos.</p>
