



OBRA SOCIAL: CSSEPBA (ESCRIBANOS)

Nombre Completo: Caja de Seguridad Social para Escribanos de la
Provincia de Buenos Aires

Nº de CUIT: 30-61800102-0 - Cód. de O.S.:10940

Dirección: Calle 13 esq. 47 – 1º Piso N°770 – La Plata

<p>DESCUENTO: O.S Afiliado Plan Común y T. Prolongado 50%-60%-70%-100% resto Otros: NO</p>	<p>PRODUCTOS DISTINTOS POR RECETA: 2 (dos) de distinto Principio Activo. UNIDADES POR RENGLÓN: hasta 2 (dos) UNIDADES POR TAMAÑO: cualquiera</p>
<p>TIPO DE RECETARIO: Oficial: SI (son válidos los modelos bajados de internet o escaneados) Otros: NO</p>	<p>Antibióticos inyectables: Monodosis: cinco (05) Multidosis: uno (01)</p>
<p>VALIDEZ DE LA RECETA: Plan Común: 30 días. Tratamiento Prolongado: hasta 1 (un) año.</p>	<p>RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS: Se reconocerán aquellos productos cuyas drogas figuren en el Formulario Terapéutico de CSSEPBA (Escribanos), con la cobertura indicada en el mismo para cada droga.</p>
<p>TROQUELADO: SI FECHA DE EXPENDIO: SI</p>	<p>Aquellos productos cuyas drogas no figuren en el vademécum, serán reconocidos con el 50% de cobertura, excepto las siguientes clasificaciones según Manual Farmacéutico: Por Acción Farmacológica: Pantalla Solar Protector Solar Filtro Solar Bronceador Hidratante Protector Solar Humect. Facial c/prot.solar Protector rayos U.V. Acelerador de bronceado Va. Contra virus papiloma humano</p>
<p>ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nro. DE MATRICULA: Con sello: SI Manuscrito: NO (salvo que sea ilegible el sello)</p>	<p>Por droga: Donepecilo Memantine clorh.+donepecilo clor Memantine+donepecilo Galantamina Orlistat Rivastigmina</p>
<p>ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES: Letras: si Números: si</p>	<p>Por tipo de venta: Venta Libre</p>
<p>ENMIENDAS SALVADAS: Por el Médico: SI (con firma y sello) Por el Farmacéutico: SI (con firma y sello) Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI (con firma de conformidad del afiliado)</p>	<p>Forma Fca.: Leches maternizadas</p>
<p>DEL RESUMEN: Carátula: on line Cantidad: Una Presentación: Mensual Refacturación: hasta 60 días de recibido el débito en la Farmacia.</p>	
<p>COBERTURA DEL SERVICIO: Toda la provincia de Buenos Aires.</p>	
<p>DE LA PRESCRIPCION: Cantidad Máxima de:</p>	