



Agosto 2007

## OBRA SOCIAL: FEDERACIÓN PATRONAL A.R.T.

Nombre Completo: FEDERACIÓN PATRONAL ASEGURADORA DE RIESGOS DE TRABAJO.  
N° de CUIT: 33-70736658-9 Cód. del O.S.: 00891  
Dirección: Avda. 51 N° 770 - La Plata

<p><b>DESCUENTO OS:</b> AMBULATORIO 100%</p> <p><b>Afiliado:</b> ---</p> <p><b>TIPO DE RECETARIO:</b> OFICIAL: SI (1) OTROS: SI (1)</p> <p><b>VALIDEZ DE LA RECETA:</b> 5 días corridos</p> <p><b>TROQUELADO:</b> SI (con código de barras)</p> <p><b>FECHA DE EXPENDIO:</b> SI</p> <p><b>ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nro. DE MATRICULA:</b> Con sello: SI      Manuscrito: NO (salvo que el sello sea ilegible)</p> <p><b>ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES:</b> Letras: SI      Números: SI</p> <p><b>ENMIENDAS SALVADAS:</b> Por el Médico: SI Por el Farmacéutico: SI Por el Afiliado (enmiendas del Farm.): SI</p> <p><b>DEL RESUMEN:</b> Planilla: <b>On Line</b> Cantidad: <b>Una</b> Presentación: <b>Mensual</b></p> <p><b>COBERTURA DEL SERVICIO:</b> Para toda la Provincia de Buenos Aires.-</p>	<p><b>DE LA PRESCRIPCION:</b> Cantidad Máxima de:</p> <p><b>PRODUCTOS DISTINTOS POR RECETA:</b> 3 (tres)</p> <p><b>UNIDADES POR TAMAÑO Y POR RENGLÓN:</b> Sin límite. Se entregarán las cantidades que indique el médico en la prescripción de la receta.</p> <p><b>Antibióticos Inyectables:</b> Hasta 10 (diez) ampollas.</p> <p><b>RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:</b> Se reconocerán todos los productos de venta bajo receta y de venta libre que figuren incluidos en Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, siempre que estén relacionados con la patología denunciada y de acuerdo al diagnóstico médico que conste en la receta.</p>
--	---

### OBSERVACIONES:

(1) Recetario oficial: de tres renglones, fondo colores lila y blanco, impreso en negro, con logo y leyenda "Federación Patronal" en su margen superior izquierdo. También es válido todo otro recetario (particular del médico, Hospitales y Clínicas, Agremiaciones y Círculos Médicos, etc.). En todos los casos los recetarios deberán contener, indefectiblemente, colocado el Diagnóstico médico y deberá presentarse acompañado de una fotocopia del DNI del paciente. Otros requisitos que deben constar son: nombre y apellido del beneficiario y N° de CUIL. Quien retira los medicamentos deberá firmar la receta, aclarando apellido y nombre, DNI, domicilio y teléfono.