



OBRA SOCIAL:
LA MERIDIONAL ART

Nombre Completo: La Meridional ART
N° de CUIT: 30-50005116-3 Código de O.S.: 00901
Dirección: Tte. Gral. Perón 646-4° Piso-Capital Federal

<p>DESCUENTO: Accidentes de Trabajo</p> <p>OS: 100%</p> <p>Afiliado: -----</p> <p>TIPO DE RECETARIO: (1) Oficial: NO Particular: SI Otros: SI (Hospitales, Clínicas, Sanatorios, Federación y Agremiaciones Médicas, etc.)</p> <p>VALIDEZ DE LA RECETA: 10 días desde la fecha de prescripción</p> <p>TROQUELADO: SI (Completo con N° y código de barras)</p> <p>FECHA DE EXPENDIO: SI</p> <p>ACLARACIÓN FIRMA MÉDICO Y N° DE MATRÍCULA: Sello: SI Manuscrito: NO (salvo que el sello sea ilegible)</p> <p>ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES: Letras: SI Números: SI</p>	<p>ENMIENDAS SALVADAS: Por el Médico: SI Por el Farmacéutico: SI Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI</p> <p>DEL RESUMEN: Planilla: On Line Cantidad: Una Presentación: Mensual</p> <p>COBERTURA DEL SERVICIO: Toda la Provincia de Buenos Aires.</p> <p>PRODUCTOS POR RECETA: 3 (tres) de distinto principio activo.</p> <p>PRODUCTOS POR RENGLÓN: 1 (uno) <u>Antibióticos iny:</u> Monodosis 5 (cinco) Multidosis 1 (uno)</p> <p>TAMAÑOS POR RECETA: lo prescripto por el médico.</p> <p>RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS: Se reconocerán todas las especialidades medicinales de venta bajo receta incluidas en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos.</p>
---	--

OBSERVACIONES:

(1) RECETARIO DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:

- Nombre de la ART ("LA MERIDIONAL ART")
- Nombre y Apellido del paciente.
- Número de CUIL ó TIPO y N° de documento.
- Nombre de la Empresa a la que pertenece el beneficiario.
- Número de Siniestro (Si no figura, solicitar autorización - Te.: 0800-666-5432)
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se dispensará solamente uno).
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- Fecha de prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 - De acuerdo al orden de prescripción.
 - Incluyendo el código de barra.
 - Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).
- Número de orden de la receta.
- Fecha de Venta.
- Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos, las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario).
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento. (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
- No se aceptan enmiendas sobre corrector líquido.

MUY IMPORTANTE

Antes de rechazar alguna receta por no cumplir con la presente norma de atención, comunicarse las 24 hs. del día para solicitar autorización al: **0-800-666-5432**.