



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