



Obra Social

Diciembre 2009

## PREVENCIÓN A.R.T.

Nombre Completo: PREVENCIÓN ASEGURADORA DE RIESGOS DEL TRABAJO S.A.

N° CUIT: 30-68436191-7 Cód. de O.S.: 833

Dirección: Independencia 301 - (2322) Sunchales - Pcia. de Santa Fe.

### DESCUENTO

Accidentes de Trabajo  
Otros

OS  
100%  
NO

### Afiliado

---

### TIPO DE RECETARIO:

Particular: SI \*  
Otros: NO

**VALIDEZ DE LA RECETA:** 10 días

**TROQUELADO:** SI

**FECHA DE EXPENDIO:** SI

### ACLARACION FIRMA MEDICO/ODONTÓLOGO Y Nro. DE MATRICULA:

Con sello: SI Manuscrito: SI

### ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES:

Letras:SI Números: SI

### ENMIENDAS SALVADAS:

Por el Médico u Odontólogo: SI (con sello y firma)  
Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI (con sello y firma y conformidad prestada por el beneficiario y/o tercero)

### DEL RESUMEN:

Planilla: On Line  
Cantidad: Una  
Presentación: Mensual  
Facturación: La liquidación será a nombre de PREVENCIÓN A.R.T. S.A. - CUIT 30-68436191-7 «Responsable exento». Las prestaciones a otorgar por los siniestros a cargo del **Fondo de Reserva** deberán ser facturadas en forma separada de cualquier prestación que se brinde por siniestros bajo cobertura de Prevención ART.

**COBERTURA DEL SERVICIO:** Para toda la provincia de Buenos Aires.

### DE LA PRESCRIPCION:

Cantidad Máxima de:

**PRODUCTOS POR RECETA:** Sin Límite

**UNIDADES POR TAMAÑO:** Sin Límite, según prescripción médica

### RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:

Se reconocen con el 100% de cobertura los medicamentos y materiales descartables en ambulatorios e internación.

Se reconocen medicamentos de venta bajo receta y de venta libre como asimismo, accesorios para diagnóstico y terapéutica.

### OBSERVACIONES:

\* Recetario particular: El médico u odontólogo deberá colocar la leyenda «Prestaciones Ley 24.557 - Asegurado Prevención A.R.T.» o «Responsabilidad Patronal», aunque su falta no es motivo de débito. En caso de Internación, el médico deberá colocar en la receta la leyenda «Paciente Internado».

#### • DATOS QUE DEBEN FIGURAR EN LA RECETA:

- Fecha de emisión
- Nombre y apellido y DNI o CUIL del Accidentado
- Nombre y CUIT de la Empresa

#### • DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA FARMACIA:

- Firma, aclaración y DNI de la persona que retira la medicación
- Importes unitarios y totales
- Cantidades entregadas de cada medicamentos
- Sello y firma del farmacéutico
- Adjuntar copia de la denuncia de accidente por cada siniestro, o la autorización correspondiente.
- Solicitamos presentar las recetas debidamente **foliadas**.

**NOTA:** La farmacia debe exigir la presentación del Formulario "Informe de Accidente de Trabajo" oficial de PREVENCIÓN A.R.T. o el Formulario correspondiente a "Responsabilidad Patronal", al momento de entregar los medicamentos. Dichos formularios deberán adjuntarse a la receta facturada para su posterior presentación. Asimismo, en caso de ser afiliado a Prevención deberá solicitar al afiliado la exhibición de la credencial, fondo azul con letras blancas y logo rojo; y en caso de ser afiliado a Responsabilidad Patronal, la credencial correspondiente.