

# ANEXO INFORMACIÓN N° 20/2023 S.U.

Abril 2023



Obra Social

**LA SEGUNDA A.R.T.**

Nombre Completo: LA SEGUNDA Aseguradora de Riesgos de Trabajo.  
N° CUIT: 30-68913348-3 - Cód. de O.S.: 00150  
Dirección: Rioja 1474 - 1° piso - 2000 Rosario.-

**DESCUENTO OS Afiliado**  
Accidentes de Trabajo 100% -----

**TIPO DE RECETARIO:**

Oficial: SI  
Particular: SI (del médico tratante)

**VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días Corridos desde la fecha de prescripción.**

**TROQUELADO:** SI

**FECHA DE EXPENDIO:** SI

**ACLARACIÓN FIRMA MEDICO Y N° MATRICULA:**  
Con sello: SI Manuscrito: NO

**ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:**  
Letras: SI Números: SI

**ENMIENDAS SALVADAS:**

Por el Médico: SI  
Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI

**DEL RESUMEN:**

Planilla: Sistema Unificado  
Cantidad: Triplicado  
Presentación: MENSUAL

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

**DE LA PRESCRIPCIÓN:**

Cantidad Máxima de:

**PRODUCTOS POR RECETA:** Hasta 3

**DIAGNOSTICO:** SI

**OBSERVACIONES:**

**AUTORIZACIONES:**

Se deberá solicitar autorización al Centro de Autorizaciones de LA SEGUNDA A.R.T., TE: 0800-444-2782, en los siguientes casos:

- 1- Cuando el valor total de la receta a dispensar supere los \$25.000
- 2- Cuando los medicamentos recetados NO posean relación directa con el diagnóstico.
- 3- Cuando se encuentran recetados medicamentos excluidos de la cobertura.

El Centro de Autorizaciones emitirá un fax que deberá ser facturado abrochado a la receta pertinente.

**DATOS QUE DEBEN ENCONTRARSE COMPLETOS EN TODAS LAS RECETAS:**

- > N° de CUIL o Tipo y N° de documento del beneficiario
- > N° de siniestro, si se conoce.
- > Apellido y nombre del beneficiario
- > Medicamentos prescritos.
- > Diagnóstico (sin esta información no se expenderá en farmacia).
- > Firma y sello del médico prescriptor.
- > Firma del farmacéutico, sello de farmacia.
- > Fecha de prescripción y de expendio.
- > Precio unitario y total de los productos vendidos.
- > Troqueles

El afiliado deberá exhibir su documento de identidad y firmará la receta colocando aclaración, y N° de documento. En caso de firmar un tercero deberá agregar a dichos datos el vínculo con el titular.

**UNIDADES POR TAMAÑO:**

**Antibióticos Inyectables:**

Env. Individual: 5 (cinco) Multidosis: 1 (uno)

**RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:** Se reconocerán hasta 3 medicamentos que tengan relación directa con el **diagnostico** a excepción de los que se encuentren excluidos del siguiente listado, los cuales deberán ser autorizados por el Centro de Autorizaciones de La Segunda A.R.T.

**1 - ANTIINFECCIOSOS SISTÉMICOS**

- 1.1.- Antibióticos
- 1.2 - Antituberculosos

**2 - APARATO LOCOMOTOR**

- 2.1 - Antiinflamatorios no esteroides
- 2.2 - Antiinflamatorios no esteroides asociados
- 2.3 - Relajantes musculares
- 2.4 - Relajantes musculares asociados

**3 - APARATO RESPIRATORIO**

- 3.1 - Antialérgicos, antihistamínicos y corticoides asociados
- 3.2 - Antiasmáticos y broncodilatadores

**4 - INMUNIZACIÓN PASIVA Y ACTIVA**

- 4.1 - Antitetánica

**5- OFTALMOLÓGICOS (Todos)**

**6- PIEL Y MUCOSAS**

- 6.1 - Analgésicos, antiinflamatorios tópicos
- 6.2 - Antialérgicos, antibióticos, antimicóticos asociados
- 6.3 - Antialérgicos, antibióticos, antimicóticos, antipruriginosos y antivirales tópicos.
- 6.4 - Antisépticos, desinfectantes y cicatrizantes.

**7- TÓXICOS – Antídotos**