



## Cambios y aclaraciones importantes / Nuevo anexo

CÓDIGO DE ENTIDAD: 691

Informamos las siguientes modificaciones en las normas de PROVINCIA ART:

### A. Denuncia de siniestro:

En todos los casos, la receta debe presentarse en Compañía junto con la denuncia de siniestro correspondiente (ver muestra a continuación):

**INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL**

**DENUNCIA**

Reservado ART  
0254747600100 DEN

**ENFERMEDAD PROFESIONAL** ☐ **ACCIDENTE DE TRABAJO** ☐ **ACCIDENTE EN ITINERIO** ☐  
 En el trabajo ☐ En otro centro o lugar de trabajo ☐ Al ir o al volver del trabajo ☐  
 Reagravamiento caso anterior ☐ Siniestro múltiple ☐ Fecha de reagravamiento  Desplazamiento en día laboral ☐ Otro ☐

FECHA SINIESTRO: 20 / 01 / 2025

**DATOS DEL EMPLEADOR**

Razón social C.U.I.T. Contrato N° C.I.U.I.  
 Domicilio N° Piso Of.  
 Código postal Localidad Provincia  
 Teléfono Fax e-mail  
 Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente o detección de la enfermedad profesional  
 Código del establecimiento C.I.U.I.  
 Empresa subcontratada SI ☐ NO ☐ C.U.I.T. N° Localidad  
 Calle Provincia de ocurrencia o detección Código postal

**DATOS DEL TRABAJADOR**

Apellido y nombre Documento: D.N.I./E.C.C./P.H.  
 N° de C.U.I.L. Fecha de nacimiento / / Sexo F ☐ M ☐ Nacionalidad Argentina  
 Estado civil Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Unión hecho ☐ Calle  
 N° Piso Dpto. Localidad Código postal Provincia  
 Teléfono Cel. F. de ingreso a la empresa / / Remuneración a la f. del accidente Sueldo \$  
 Turno de trabajo habitual Fijo diurno ☐ Fijo nocturno ☐ Rotativo ☐ Jornada habitual de hs. hasta hs. Perno habitual Ins. ☐  
 Situación contractual F. de último examen periódico / / Der. ☐  
 Obra social  
 Puesto de trabajo en el momento del accidente o detección de la enfermedad profesional C.I.U.O.  
 Antigüedad al momento del diagnóstico Años Puesto de trabajo anterior (C.I.U.O.) Antigüedad  
 Otro empleador al momento del accidente o enf. profesional ☐ Razón social

**INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO (Accidente de trabajo)**

Hora del accidente hs. Horario de la jornada el día del accidente de hs. hasta hs. F. de inicio de inasist. lab. / /  
 Domicilio de ocurrencia del accidente Est. propio ☐ Calle N° de puerta  
 Otro lugar ☐  
 Localidad Provincia  
 Código postal  
 Descripción del accidente y sus consecuencias EN SU TRABAJO CRUZANDO EL PLAYON DEL SHOPPING UNAMOTO INGRESA RAPIDO  
 Código de lesión (ver tablas) Accidente de tránsito SI ☐ NO ☐ Gravedad presunta LEVE ☐ GRAVE ☐ MORTAL ☐  
 Agente material asociado Diagnóstico 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Naturaleza de la lesión 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Forma del accidente Zona del cuerpo afectada 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO (Enfermedad profesional)**

| Agente causante (AC) (ver tabla) | Descripción de la EP | Agente material asociado (ver tabla) | Zona del cuerpo afectada (ver tabla) | Tiempo de exposición al agente | Fecha de diagnóstico | Fecha de inicio de la inasistencia laboral | Forma de diagnóstico (consultar tabla 1) |
|----------------------------------|----------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|----------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|
| AC 1                             | Diagnóstico 1        |                                      |                                      |                                |                      |                                            |                                          |
|                                  | Diagnóstico 2        |                                      |                                      |                                |                      |                                            |                                          |
| AC 2                             | Diagnóstico 1        |                                      |                                      |                                |                      |                                            |                                          |
|                                  | Diagnóstico 2        |                                      |                                      |                                |                      |                                            |                                          |
| AC 3                             | Diagnóstico 1        |                                      |                                      |                                |                      |                                            |                                          |
|                                  | Diagnóstico 2        |                                      |                                      |                                |                      |                                            |                                          |
|                                  | Diagnóstico 3        |                                      |                                      |                                |                      |                                            |                                          |

\* La enfermedad se detectó en (códigos de formas de diagnóstico)

| Examen pre-ocupacional                                                                                                                                       | P                                                                                                                                  | Asistencia pre-ocupacional                                                                                              | A                                                                                                 | Sinistro privado                                                                       | N                                          | Período judicial                | J |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|---|
| Examen periódico <td>R <td>Transferencia de puesto de trabajo <td>T <td>Hospital público <td>M <td>Comisión médica <td>S </td></td></td></td></td></td></td> | R <td>Transferencia de puesto de trabajo <td>T <td>Hospital público <td>M <td>Comisión médica <td>S </td></td></td></td></td></td> | Transferencia de puesto de trabajo <td>T <td>Hospital público <td>M <td>Comisión médica <td>S </td></td></td></td></td> | T <td>Hospital público <td>M <td>Comisión médica <td>S </td></td></td></td>                       | Hospital público <td>M <td>Comisión médica <td>S </td></td></td>                       | M <td>Comisión médica <td>S </td></td>     | Comisión médica <td>S </td>     | S |
| Examen de agudo <td>E <td>Obra social <td>O <td>Consulta en amb. púb. no hospital. <td>M <td>Prescripción A.R.T. <td>B </td></td></td></td></td></td></td>   | E <td>Obra social <td>O <td>Consulta en amb. púb. no hospital. <td>M <td>Prescripción A.R.T. <td>B </td></td></td></td></td></td>  | Obra social <td>O <td>Consulta en amb. púb. no hospital. <td>M <td>Prescripción A.R.T. <td>B </td></td></td></td></td>  | O <td>Consulta en amb. púb. no hospital. <td>M <td>Prescripción A.R.T. <td>B </td></td></td></td> | Consulta en amb. púb. no hospital. <td>M <td>Prescripción A.R.T. <td>B </td></td></td> | M <td>Prescripción A.R.T. <td>B </td></td> | Prescripción A.R.T. <td>B </td> | B |

Centro asistencial Domicilio Código postal Localidad Tel.  
 Accidente en itinerio SI Denuncia policial N° (adjuntar copia) Comisaría

**Protección de datos personales:**  
 La información contenida en el presente formulario será tratada con total confidencialidad, utilizándose únicamente en relación a los servicios brindados por este compañía. Los datos personales consignados en este documento se reservarán conforme lo establece la Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales, siempre y cuando los mismos se encuentren dentro del ámbito de dominio de Provincia ART S.A.  
 Provincia Argentina de Riesgos del Trabajo S.A. no se responsabiliza por la información, divulgación y/o publicación de los datos e información incluidos en este documento, o cualquier otro acción que terceros autorizados puedan hacer con la misma.  
 La Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, según lo establece la Ley N° 25.326, tiene la atribución de determinar las sanciones y medidas que se impondrán con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales. Para más información dirigirse a la Dirección Nacional de Datos Personales: <http://www.gub.uy/direccionnacional>

**Declaración Jurada:**  
 Identifico en calidad de Declarante Jurado que los datos consignados en este formulario son veraces, reales y actualizados, comprometiéndome a informar en lo inmediato si lo declarado sufre modificación alguna.

20 / 01 / 2025

Lugar y fecha de confección de formulario Firma Aclaración y DNI del denunciante

PH-03-FR02 Los teléfonos mencionados están disponibles en [www.provinciaart.com.ar](http://www.provinciaart.com.ar)

## B. Formulario de autorización:

Es válido el siguiente **formulario de autorización para recetas y productos que superen los respectivos topes** (puntos 5.2. y 5.3.):

|                                                                                                                                               |                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AUR                                                                                                                                           |                                  |
| Buenos Aires, 21 de enero de 2025                                                                                                             |                                                                                                                   |
| Señores<br><b>Compañía De Servicios Farmaceuticos S.A. (30130)</b><br>H. Yrigoyen 5230<br>(1882) - Ezpeleta<br>Buenos Aires<br>Tel: 4226-0348 | Ref.<br>Damnificado:<br>Dirección:<br>Localidad:<br>D.N.I.:<br>Teléfono: Part. Cel.<br>F. Nacimiento:<br>Empresa: |
| Presente                                                                                                                                      | Fecha de Ocurrencia:<br>Denuncia N°:<br>Autorización N°:<br>Fecha de Solicitud:                                   |
| Por medio de la presente, solicitamos a Uds. la provisión de los medicamentos según receta adjunta, con cargo a esta Red Prestacional.        |                                                                                                                   |
| Cantidad: Descripción:                                                                                                                        |                                                                                                                   |
| Prestación sujeta a Auditoría Posterior<br>Observaciones:                                                                                     |                                                                                                                   |
| Aval:                                                                                                                                         |                                                                                                                   |
| Gestionó:                                                                                                                                     | E-Mail:                                                                                                           |
| Grupo de Trabajo:                                                                                                                             | Delegación:                                                                                                       |

Por su parte, aclaramos que los topes de cobertura indicados en el punto 5 de las normas **deben ser controlados en forma manual por su farmacia previamente** a efectuar la correspondiente Declaración de Dispensa.

Por último, aclaramos los topes por receta y por producto (puntos 5.2. y 5.3. de las normas):

|                       |                                                                                                                           |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Importe por receta:   | Las recetas cuyo precio de venta al público supere los \$80.000 (pesos ochenta mil) requieren autorización de la Entidad  |
| Importe por producto: | Los productos cuyo precio de venta al público supere los \$20.000 (pesos veinte mil) requieren autorización de la Entidad |

A fin de actualizar y unificar la información que obra en poder de su farmacia, ponemos a su disposición en [www.csf.com.ar](http://www.csf.com.ar) el **NUEVO ANEXO número 11/25 B** de la entidad PROVINCIA ART, vigente a partir del 30/01/2025.

Sin otro particular, los saludamos atentamente.



**Ante cualquier duda, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente**

Lunes a Viernes de 9:00 a 18:00 hs.

(011) 4136-9090 | 15 4030-4952 | (011) 15 3946-9482 | (011) 15 5401-6290

[info@csf.com.ar](mailto:info@csf.com.ar)

[www.csf.com.ar](http://www.csf.com.ar)

[www.plataformacsf.com](http://www.plataformacsf.com)