



Programa ASE LECHES – cobertura 100 %

Circuito de Dispensa:

Beneficiarios- Documentación a presentar: Podrán solicitar la prestación, aquellos afiliados incluidos en el Plan Materno Infantil de la Obra Social ASE, presentando el VOUCHER con el logo de la ENTIDAD junto con el Documento de Identidad de quien retira. SOLO podrán retirar las leches alguno de los dos afiliados que figuran en el mencionado. En el caso de ser un tercero quien retire las leches, éste deberá presentar una autorización del titular, indicando nombre, apellido y DNI (esta autorización se adjuntara al Voucher para la liquidación). Una vez que se realice la entrega deberá firmar el mismo en conformidad.

En caso en que en afiliado concurra a la farmacia y esta no cuente en ese momento con stock suficiente para proveer de las leches, la farmacia podrá pactar con el mismo su entrega a la brevedad. El Voucher será completado con los datos en el momento de la verdadera entrega. En el caso que la dispensa se hubiere solicitado en fecha muy cercana al vencimiento del Voucher en cuestión la farmacia podrá tickear previa conformidad del beneficiario las leches de modo que el mismo no llegue a su vencimiento, comprometiéndose a conseguir lo solicitado en un plazo menor a 48 hs.

Prestación cubierta: En el VOUCHER que presente el afiliado **figurará el tipo de leche autorizada, marca y cantidad en gramos**. Los Vouchers tienen una fecha de vencimiento que deberá respetarse, la farmacia deberá adjuntar el Ticket de venta al VOUCHER.

Cobertura: 100 %

Contenido del VOUCHER:

- a. Número de Voucher
- b. Nombre y Apellido del Titular
- c. DNI: Del Titular
- d. Nombre y Apellido del Cónyuge (En el caso que este afiliado a ASE)
- e. DNI del Cónyuge.
- f. Tipo de leche autorizada (Marca y Cantidad en Gramos)

g. Validez del Voucher desde hasta (30 días calendario).

Facturación: Mensual. La farmacia deberá adjuntar el Ticket de venta al VOUCHER, como así también la autorización de quien retiró en lugar del titular (de ser el caso). La Obra social ASE no reconocerá vouchers vencidos. La misma constará de: los vouchers con sus autorizaciones, troqueles y tickets.

***Ante cualquier reclamo la farmacia podrá dirigirse a:**

osociales@proveersalud.com.ar, liquidaciones@proveersalud.com.ar, auditoria@proveersalud.com.ar,
callcenter@proveersalud.com.ar, o al 5031-4443/5353-0090

Modelo

Voucher:

FRENTE



DORSO

CONDICIONES GENERALES DE USO

Solo la/s persona/s indicada/s en el voucher podrá/n hacer uso del beneficio, presentando un documento que acredite su identidad. Terceros no indicados en el voucher, solo podrán retirar el producto presentando una autorización por escrito en donde se indique Nombre, Apellido y n° de Documento, la cual deberá estar firmada y aclarada por el beneficiario titular.
Una vez transcurrida la fecha de vigencia del voucher, no se podrá hacer uso del beneficio. En caso de pérdida de los vouchers, Obra Social ASE repondrá solo los pendientes de uso.
La recepción de los vouchers supone la aceptación de las condiciones aquí expresadas.

FIRMA

DU

ACLARACIÓN