

 <p>Confederación Farmacéutica Argentina</p>	<p><b>Manual para Colegios LA HOLANDO SUDAMERICANA A.R.T.</b></p>	<p>Página 1 de 2 Fecha de creación: 27/09/2006</p>
<p>Elaborado por: R.S. G.B. Departamento Obras Sociales</p>	<p><b>NORMAS DE ATENCION</b></p>	<p>CUIT 33-50003806-9</p>

## 1. COBERTURA

### Afiliados a La Holando ART

100% de descuento sobre precio al público en todos los medicamentos

## 2. ACREDITACIONES.

Los beneficiarios de LA HOLANDO ART podrán acceder a la cobertura en medicamentos exhibiendo:

- Denuncia de accidente.
- Documento de identidad.
- Receta debidamente conformada, conteniendo datos del Nombre y Apellido del Beneficiario, N° de DNI, CUIL, que tenga la leyenda "LA HOLANDO A.R.T" y si es posible el nombre de la Empresa, fecha de emisión, con sello y firma del médico.

## 3. DEL RECETARIO.

**Validez del Recetario: Tres días a partir de la fecha de prescripción.**

## 4. PRESCRIPCIÓN

La prescripción deberá estar hecha de puño y letra del médico tratante, en recetario de la entidad prestadora y con firma y sello.

DEBERA AJUSTARSE A LAS NORMAS LEGALES VIGENTES (Prescripción por DCI y marca comercial sugerida)

## 5. LIMITACIONES

Se aceptarán por receta:

**Cantidades:** Dos (02) R/P por receta.

**Unidades:** 01 unidad por R/P  
Antibióticos monodosis hasta 05 unidades.  
Antibióticos multidosis hasta 01 unidad.

**Tamaños:** Si no indica tamaño, se dispensará el más chico.  
Si indica tamaño grande, se dispensará el envase que le sigue.

## 6. EXCLUSIONES DE COBERTURA (SOLO CON AUTORIZACION DE LA ART)

Quedan excluidos de las prestaciones, los medicamentos para las internaciones, medios de contraste, oncológicos, las preparaciones magistrales, los productos de venta libre, tiras reactivas y toda medicación que no figure en Vademécum.

 <p>Confederación Farmacéutica Argentina</p>	<p><b>Manual para Colegios LA HOLANDO SUDAMERICANA A.R.T.</b></p>	<p>Página 2 de 2 Fecha de creación: 27/09/2006</p>
<p>Elaborado por: R.S. G.B. Departamento Obras Sociales</p>	<p><b>NORMAS DE ATENCION</b></p>	<p>CUIT 33-50003806-9</p>

## **7. ENMIENDAS**

Toda enmienda hecha en la prescripción, deberá ser salvada por el médico tratante bajo la leyenda de digo ....(lo enmendado), firmando y sellando nuevamente lo salvado.

## **8. DE LA PERSONA QUE RETIRA LA MEDICACION**

Toda persona que retira la medicación deberá colocar sin excepción: Tipo y N° de documento, firma y aclaración de firma con nombre y apellido y domicilio completo.

**9. DE LA PRESENTACION DE LA FACTURACION:** Con resumen de recetas, desglosado por paciente, el que contendrá:

- 1) Recetas numeradas;
- 2) CUIL del beneficiario;
- 3) Precio total facturado con ticket legal y Fiscal.
- 4) El troquel deberá estar en perfectas condiciones para no dificultar su lectura.

**ANTE CUALQUIER DUDA: TELEFONO PARA AUTORIZACIONES:**

**0800-9999 719**

# Denuncia de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional

DEBE SER LLENADA DENTRO DE LAS 48 HORAS Resolución de ART 0/1992.



**LA HOLANDO**  
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.  
(Código de ART: 8018-3)

## Datos de la Empresa

Razon Social	C.U.I.T.	Nro. Contrato

## Datos del Accidentado

Apellido y Nombre				C.U.I.T.											
Domicilio				Localidad		Teléfono		Cod. Postal							
Tipo Documento		Nro. Documento		Sexo		Estado Civil		Fecha de Nacimiento							
DNI	LC	LE	CI	PAS	M	F	B	C	V	O	E	H			
Turno Habitual			Horario Habitual				Fecha de Ingreso								
Fijo		SI	NO	De		a	Hs.	De		a	Hs.				
Rotativo		SI	NO	De		a	Hs.	De		a	Hs.				
Ocupación										Ingreso Base					

## Datos del Accidente

Fecha Accidente (*)		Hora del Accidente		Hs.	Hora Inicio Jornada		Hs.
Tipo de Accidente	De Trabajo	En otro Centro de Trabajo	In Itinere	En Comisión	Otro		
Lugar de Ocurrencia del Accidente							Cod. Postal
Domicilio del Establecimiento							C.U.I.T.
Describa como ocurrió ?							
Forma del Accidente		(Tabla I al dorso)	Zona del Cuerpo Afectada		(Tabla R al dorso)		
Naturaleza de la Lesión		(Tabla III al dorso)	Agente Causante		(Tabla VI al dorso)		

(\*) En Enfermedad Profesional Ingresar la Fecha de la primera manifestación.

## Prestador o Centro Médico que Efectuó la Asistencia Inmediata

Razon Social				Domicilio			
Localidad		C.P.	Provincia		País		Teléfono
Grado de Lesión Presunta		Leve	Grave	Muertes	Se debe señalar "Grave" solo en los casos de internación		

Fecha

Firma Autorizada de la Empresa y Aclaración

Fecha de Ingreso a la Aseguradora