



Incluye, entre otros, a beneficiarios de:
**INTERACCIÓN ART, MAPFRE ART, PREVENCIÓN ART y
 EL COMERCIO CIA. DE SEGUROS**



CÓDIGO DE ENTIDAD: 495

ANEXO I – CIRCULAR: 939/14 B

Vigente a partir del 2 de Diciembre de 2014.

1. Descuento:

1.1. General:	100%
---------------	-------------

2. Habilitación del beneficiario:

2.1. El beneficiario debe presentar alguno de los siguientes comprobantes, según corresponda:	<ul style="list-style-type: none"> Fotocopia de la denuncia de accidente de trabajo (ver muestra punto 12). Cobertura sin límite temporal. Fotocopia de denuncia de accidente personal (ver muestra punto 12). Corroborar la fecha límite de cobertura que indica la denuncia. <p>Aclaraciones: En ambos casos SIEMPRE debe indicar COLONIA SUIZA SALUD. Caso contrario, carece de validez para su atención. El comprobante correspondiente debe adjuntarse a la receta para su presentación en Compañía.</p>
--	--

2.2. Documento de Identidad (DNI, LC, LE)

2.3. No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada.

3. Recetario:

3.1. Tipo de recetario:	<ul style="list-style-type: none"> De todo tipo (Particular o de Instituciones);
3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:	<ul style="list-style-type: none"> Nombre y apellido del paciente; CUIL o Número y tipo de Documento de Identidad (*) Medicamentos recetados por principio activo, indicando una marca sugerida incluida en el Vademécum; Cantidad de cada medicamento en números y letras. Diagnóstico Firma y sello con número de matrícula y aclaración; Fecha de prescripción; <p>(*) <i>Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia debe repetirlo al dorso, en forma clara y correcta, indicando junto al número consignado por el médico la frase "ver al dorso". El beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad.</i></p>

4. Validez de la receta:

- Expendio:** Hasta **5** días posteriores a la fecha de prescripción e incluyendo la misma.
- Presentación:** Hasta **60** días posteriores a la fecha de venta e incluyendo la misma.

Aclaración:

En el caso de denuncias de **accidentes personales corroborar, además, que la fecha de prescripción sea anterior a la fecha límite de cobertura** que indica el comprobante de denuncia.

5. Topes de cobertura:

5.1. Límites de cantidades:	Sin Tratamiento Prolongado	Con Tratamiento Prolongado ^(5.2.)
Renglones por receta:	Lo que indique el profesional, de distinto nombre comercial y genérico.	Lo que indique el profesional, de distinto nombre comercial y genérico.
Productos incluidos en Vademécum Envases por renglón:	Hasta 1 (uno) de tamaño chico	Hasta 1 (uno) de tamaño grande o siguiente al menor
Insumos cubiertos (según punto 6) Envases por renglón:	Lo que indique el profesional	Lo que indique el profesional



Incluye, entre otros, a beneficiarios de:
**INTERACCIÓN ART, MAPFRE ART, PREVENCIÓN ART y
 EL COMERCIO CIA. DE SEGUROS**



CÓDIGO DE ENTIDAD: 495

ANEXO I – CIRCULAR: 939/14 B

5.2. Tratamiento Prolongado:	Cuando el médico coloca de su puño y letra la frase "Tratamiento Prolongado", su equivalente o abreviaturas, pueden expendirse las cantidades indicadas en la columna "Con Tratamiento Prolongado". Debe indicarse además el tamaño y/o contenido de cada uno por lo que, de omitirse este requisito, sólo se entregará un envase del menor tamaño y/o contenido existente.	
5.3. Antibióticos Inyectables:	Presentación	Entregar
	Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.	Hasta 5 (cinco)
5.4. Psicofármacos:	<ul style="list-style-type: none"> El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia. 	
5.5. Otras especificaciones:	Cuando el médico:	Debe entregarse:
	<ul style="list-style-type: none"> No especifica cantidades Sólo indica la palabra "grande" Equivoca la cantidad y/o contenido 	<ul style="list-style-type: none"> El envase de menor contenido. La presentación siguiente a la menor. El tamaño inmediato inferior al indicado.

6. Productos cubiertos:

El descuento mencionado en el punto 1 se aplicará únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM de la entidad (Anexo I).

Asimismo cuentan **con cobertura los siguientes INSUMOS:**

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Agua Oxigenada Agua oxigenada 10cm3 Agua Oxigenada 50ml Agua oxigenada vol. 10 1 litro botella Alcohol Algodón Plegado 500 g paquete Apósito estéril unid Cinta Hipoalergénica Gasas 10 x 10 cm unid. Iodopovidona Iodopovidona 50ml | <ul style="list-style-type: none"> Solución Germicida 1 litro botella Solución Jabonosa 1 litro botella Venda Algodón 10 cm unid Venda Cambric 10 cm unid Venda Cambric 20 cm unid Venda Cambric 3 cm unid Venda Cambric 5 cm unid Venda de Algodón 15 cm unid Venda enyesada 10 cm unid Venda enyesada 15cm unid |
|--|---|

7. Autorizaciones Especiales:

Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos y/o productos que requieren autorización cuando se hallen autorizadas por la Entidad ya sea en la receta o bien vía fax.

En caso de que sea necesario, su farmacia podrá comunicarse al (011) 6009-2620 o al 0800-222-0918 las 24 hs. los 365 días del año.

8. Medicamentos Faltantes:

Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta.

9. Datos a completar por la farmacia:

9.1. Fecha de venta;
9.2. Si la presentación no contiene numero de troquel, adjuntar código de barras del mismo.
9.3. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales). Las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario.
9.4. La farmacia deberá adjuntar cualquiera de los comprobantes de venta detallados: <ul style="list-style-type: none"> Ticket fiscal propiamente dicho. Documento no fiscal HOMOLOGADO Duplicado o triplicado del ticket fiscal (idéntico al original pero con una leyenda de fondo "NO FISCAL"). Facturas A, B o C.
9.5. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;
9.6. Firma y aclaración de quien retira los medicamentos, indicando: Nombre completo, Documento de identidad, Domicilio y teléfono. La ausencia de estos datos es motivo de débito.



Incluye, entre otros, a beneficiarios de:
**INTERACCIÓN ART, MAPFRE ART, PREVENCIÓN ART y
 EL COMERCIO CIA. DE SEGUROS**



CÓDIGO DE ENTIDAD: 495

ANEXO I – CIRCULAR: 939/14 B

10. Recomendaciones Especiales:

- 10.1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente;
- 10.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 - De acuerdo al orden de la prescripción.
 - Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
 - Se sugiere adherirlos con goma de pegar (sin utilizar abrochadora o cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).
- 10.3. Los troqueles deberán ajustarse a lo siguiente:
 - Encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencias o marcas de sustancias adhesivas).
 - Sin signos de desgaste del material en todo o parte del troquel.
 - Sin impresiones mediante sellos de cualquier tipo de leyendas legibles o no.
 - Sin diferencias en tamaño, grosor y/o color del troquel para un mismo producto, presentación y lote.
 - No deberán presentar cualquier otro signo que otorgue carácter dudoso al troquel.

10.4. Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

11. Atención de Consultas:

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de **COMPAÑÍA** al (011) 4136-9090 – Fax: (011) 4136-9001. E-mail: info@csf.com.ar, de Lunes a Viernes, de 8:30 a 18:30 horas.

12. Muestras de denuncias:

12.1. Denuncia de accidente de trabajo o enfermedad laboral:

Tipo de denuncia. Debe indicar Colonia Suiza Salud.

Datos del paciente.

MAPFRE / Colonia Suiza Salud
 DENUNCIA DE ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

DATOS DE LA DENUNCIA	
Número:	<input type="text"/>
Fecha:	<input type="text" value="/ /"/>
Empleador:	<input type="text"/>

DATOS DEL PACIENTE	
Documento:	<input type="text" value="CUIL - -"/>
Paciente:	<input type="text"/>
Fecha Nacimiento:	<input type="text" value="/ /"/>
Estado Civil:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>
Teléfono Ppal:	<input type="text"/>
Teléfonos Secs:	<input type="text"/>

DATOS DEL LUGAR DE TRABAJO	
Lugar de Trabajo:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>
Localidad:	<input type="text"/>
Ocupación:	<input type="text"/>
Fecha de Ingreso:	<input type="text"/>
Horario Laboral:	<input type="text"/>
Teléfono Laboral:	<input type="text"/>





Incluye, entre otros, a beneficiarios de:
**INTERACCIÓN ART, MAPFRE ART, PREVENCIÓN ART y
 EL COMERCIO CIA. DE SEGUROS**



CÓDIGO DE ENTIDAD: 495

ANEXO I – CIRCULAR: 939/14 B

12.2. Denuncia de accidente personal:

**Tipo de denuncia. Debe
 indicar Colonia Suiza Salud.**

**Corroborar
 fecha límite
 de cobertura.**

**Datos del
 paciente.**

EL COMERCIO / Colonia Suiza Salud

DENUNCIA DE ACCIDENTE PERSONAL

DATOS DE LA DENUNCIA	
Número:	
Fecha:	
Fin Cobertura:	
Empleador:	El Comercio

DATOS DEL PACIENTE	
Documento:	
Paciente:	
Dirección:	
Teléfono:	
Actividad:	

DATOS DE LA POLIZA	
Número:	
Contratante:	

