



## NORMAS DE DISPENSACION DE MAPFRE ARGENTINA A.R.T S.A.

1 de Agosto.

Vigencia ~~25 de Julio 2008.~~

### Descuentos

Para todas las zonas de cobertura.

100% a cargo de la ART.

MAPFRE ARGENTINA ART S.A. RECONOCERA PARA SU PAGO TODO PRODUCTO QUE FIGURE EN MANUAL FARMACEUTICO Y TODO ACCESORIO QUE NO FIGURANDO EN MANUAL FARMACEUTICO SE ENCUENTRE CLARAMENTE PRESCRITO POR EL MEDICO EN LA RECETA. ( Ej.: jeringas, vendas, cintas hipoalergénicas, etc )

Los beneficiarios deberán acreditar su condición de tales exhibiendo Documento Nacional de Identidad, Cédula de Identidad, cualquier otro documento habilitante o recibo de sueldo.

Los terceros que se presenten en representación de aquel beneficiario que no pueda hacerlo personalmente también deberán identificarse exhibiendo documento válido y firmando conforme la entrega de la medicación prescrita al beneficiario.

Recetarios

Oficial: SI.

Particular: SI ( Médicos e Instituciones ).

### Requisitos de la receta

Fecha de emisión.

Nombre, Apellido y Nro. de CUIL del Beneficiario.

Nombre y Nro. de CUIT de la Empresa.

Firma y Sello del médico.

Detalle de los medicamentos prescritos.

Cantidad de los medicamentos escrita en números y letras.

### REQUISITOS DE VALIDEZ PARA RECETAS PRESCRITAS EN RECETARIOS OFICIALES ( LOGO MAPFRE ).-

ES UN REQUISITO DE VALIDEZ FUNDAMENTAL QUE EN LAS RECETAS QUE SE PRESCRIBAN EN "RECETARIOS OFICIALES" SE ENCUENTREN CONSIGNADOS CLARAMENTE EL NUMERO DE CUIL DEL BENEFICIARIO Y EL NUMERO DE CUIT DE LA EMPRESA.

DE CONTAR CON LA DENUNCIA DE ACCIDENTE, SOLICITUD DE ASISTENCIA MEDICA, PARTE MEDICO DE INGRESO O SELLO AUTORIZANTE DE LA SECCION DE TRAMITACION Y GESTION DE SINIESTROS DE MAPFRE ARGENTINA ART SA. SOLICITAMOS ADJUNTAR A LA RECETA.

TODA RECETA QUE NO CONTenga EL NUMERO DE CUIL Y/O NRO. DEL DNI DEL BENEFICIARIO O EL NUMERO DE CUIT DE LA EMPRESA SERA DEBITADA POR LA AUDITORIA CON LA POSIBILIDAD DE PRESENTARSE PARA SU REFACTURACION SALVO QUE SEA ACOMPAÑADA DE ALGUNO DE LOS DOCUMENTOS ARRIBA MENCIONADOS DE LOS CUALES PUEDA INFERIRSE TANTO EL NRO. DE CUIL DEL BENEFICIARIO COMO EL NRO. DE CUIT DE LA EMPRESA.

### REQUISITOS DE VALIDEZ PARA RECETAS PRESCRITAS EN RECETARIOS PARTICULARES.-

ES UN REQUISITO PROBATORIO DE VALIDEZ PARA LAS RECETAS QUE SE PRESCRIBAN EN "RECETARIOS PARTICULARES" CONTAR CON LA DENUNCIA DE ACCIDENTE, SOLICITUD DE ASISTENCIA MEDICA, PARTE MEDICO DE INGRESO O SELLO AUTORIZANTE DE LA SECCION DE TRAMITACION Y GESTION DE SINIESTROS DE MAPFRE ARGENTINA ART SA.

EN CASO DE NO CONTAR CON CUALQUIERA DE ESTOS DOCUMENTOS PROBATORIOS LA RECETA PARTICULAR



**DEBERÁ CONTENER PARA SU VALIDEZ: NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO, NRO. DE CUIL Y/O NRO. DE DNI DEL BENEFICIARIO, NOMBRE DE LA EMPRESA Y NRO. DE CUIT DE LA EMPRESA.**

LOS DATOS QUE SOLICITAMOS SON NECESARIOS PARA LA COMPROBACION DE LA RELACION BENEFICIARIO EMPRESA. - SINIESTRO. DE NO CONTAR CON ESTOS DATOS LA RECETA PARTICULAR SERA DEBITADA CON POSIBILIDAD DE REFACTURACION POSTERIOR UNA VEZ CUMPLIDA ESTA DISPOSICION.

**Enmiendas**

Las correcciones y enmiendas a las recetas deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma. Las correcciones y enmiendas sobre datos del beneficiario podrán ser salvadas por el farmacéutico con su sello y firma y conformidad prestada por el beneficiario y/o tercero.

**Validez de la receta**

Para la venta: cuatro ( 4 ) días corridos contados a partir de la fecha de emisión.

Para la presentación: sesenta ( 60 ) días corridos a partir de la fecha de venta.

**Topes de cobertura**

Productos por receta

Según prescripción médica.

Unidades por producto

Según prescripción médica.

Unidades por tamaño

Se entregará el que indique el profesional en la receta. Si no hay indicación se expenderá el de menor tamaño.

Antibióticos

Injectables individuales: Hasta cinco ( 5 ).

**Datos a cumplimentar por la farmacia**

Fecha de dispensación.

Importes unitarios y totales.

Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto.

Sello y firma.

Adjuntar los troqueles que se correspondan con los productos dispensados.

Las recetas deberán ser firmadas por el adquirente en prueba de conformidad indicando su número de documento de identidad.

En caso de que concurra un tercero, deberá solicitarse también la exhibición de documento que acredite su identidad.

**LAS RECETAS DEBERAN ACOMPAÑARSE DEL CORRESPONDIENTE TICKET FISCAL, FACTURA O COMPROBANTE QUE AVALE LA VENTA REALIZADA.**

**LA FALTA DE CUALQUIERA DE ESTOS COMPROBANTES SERA MOTIVO DE DEBITO CON POSIBILIDAD DE REFACTURACION POSTERIOR UNA VEZ CUMPLIDO ESTE RECAUDO.-**

**Liquidación**

La liquidación es mensual y deberá ser presentada del 01 al 10 de cada mes en las oficinas de Asociación Mutual Farmasur. Aquellas presentaciones que lleguen con posterioridad a la fecha establecida para su presentación pasarán para su auditoria y liquidación al mes subsiguiente.

A estos efectos podrán dirigirse a nuestra sede central sita en la calle Beruti 281, Piso Primero de la ciudad de Avellaneda, Pcia. de Buenos Aires, Código Postal ( B1870CAE ). Horario de atención: de lunes a viernes de 08:30 a 17:00 horas. Teléfonos: 4201-8138/8166/8903/5341. [farmasur@farmasur.com.ar](mailto:farmasur@farmasur.com.ar)

O bien a nuestra delegación sita en la calle Cerrito 466, Piso Cuarto, Oficina 41 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Código Postal ( C1010AAJ ). Horario de atención: de lunes a viernes de 09:00 a 17:00 horas. Teléfonos: 4382-9111. [farmasurcerrito@farmasur.com.ar](mailto:farmasurcerrito@farmasur.com.ar)

**SOLICITAMOS PRESENTAR LAS RECETAS EN LOTES DE HASTA CIEN ( 100 ) RECETAS DEBIDAMENTE FOLIADAS.**

**INFORMACION SOBRE DEBITOS APLICADOS:**

LOS DEBITOS QUE SE APLIQUEN SERAN EN CARÁCTER DE OBSERVADOS, CON LA POSIBILIDAD DE SU REFACTURACION POSTERIOR UNA VEZ SUBSANADOS LOS MISMOS.

Por cualquier duda al respecto póngase en contacto con nosotros.

