

LA HOLANDO SUDAMERICANA
(ART y Seguro Personal PLENUS)

(09/10/2026)

PLANES Y DESCUENTOS

	a/c ART	a/c Beneficiario	Con Form Ter.	Con Manual Fco.	Se Valida On Line
Ambulatorio	100%	0%	SI	NO	SI
Autorizaciones Especiales (1)	100%	0%	SI	NO	SI
Plan Plenus	100%	0%	SI	NO	SI

(1) Solicitar autorización al 0800-999-9719 o 0800-222-7536 donde deberán solicitar el envío de correo electrónico o WhatsApp con autorización expresa, para que dicho elemento sea válido para acompañar la facturación correspondiente.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIPCIÓN Por nombre	DIAGNOSTICO	RECETA (A-B-D-F)	VALIDACIÓN - DEZ REC.	TROQUEL	FIRMA Y ACLAR. DEL MEDICO
GENÉRICO (C)	NO	PARTICULAR o ELECTRÓNICA (E)	15 días	SI (G)	Sello: SI Manuscrito : NO

(A) A la receta se le debe adjuntar copia de la denuncia de accidente.

(B) En la receta debe constar:

- Leyenda LA HOLANDO ART y/o PLENUS
- Nombre y apellido del beneficiario.
- Número de C.U.I.L. o D.N.I. del beneficiario.
- Fecha de prescripción y de expendio.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra
- Cantidad entregada, Precio unitario de cada medicamento a la fecha de expendio, Total del renglón y Total de la receta.
- Si es posible, en la receta deberá constar Nombre de la empresa en la que trabaja el accidentado.
- Las recetas deberán estar numeradas de manera correlativa.
- Firma y aclaración del beneficiario o de quién retira, incluyendo domicilio, teléfono y DNI. La ausencia de estos datos es motivo de débito.

(C) La receta deberá estar prescrita por nombre genérico. Puede tener indicación de nombre comercial.

(D) Con cada receta se deberá adjuntar copia del ticket de venta. Ver Guía de validación ART.

(E) Recetas electrónicas, confeccionadas a través de la plataforma RCTA. Se deben imprimir para su presentación.

(F) El monto total de la receta no puede superar los \$95000. Si lo supera, debe solicitar autorización.

(G) Adherir los troqueles de acuerdo al orden de prescripción

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	5
-------------------------------------	---

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

TAMAÑO (a)	CANTIDAD
CHICO O UNICO	1
SUBSIGUIENTE AL CHICO	1
GRANDE (3º TAMAÑO o MAS)	1
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5
ANTIBIOTICOS INY MULTIDOSIS	1

a) En una misma receta no podrán coexistir dos medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- Medicamentos excluidos de vademécum.
- Alimentos y diabéticos
- Anestésicos
- Anorexígenos y anabólicos
- Anticonceptivos y anovulatorios
- Cosmética (no se excluyen protectores solares de FPS 50+ y pantallas solares nacionales, debiendo entregarse siempre la presentación de menor precio disponible. Se reconocerán productos nacionales con expresa autorización de La Holando).
- Oncológicos y citostáticos
- Champues
- Dietéticos
- Estéticos
- Estimulantes de la disfunción sexual
- Drogas inmunomoduladoras e inmunosupresoras
- Flores de Bach
- Ginseng
- Hormonas de crecimiento
- Leches
- Odontológicos (Pastas, polvos, dentríficos)
- Parches de nicotina
- Homeopáticos y alopáticos
- Sustitutos de la sal
- Venta libre (excepto Diclofenac 50, ibuprofeno, omeprazol, pantoprazol, esoprazol y lansoprazol, debiendo entregarse siempre la presentación de menor precio disponible).

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) Medicamentos incluidos en vademécum. Estos tendrán que tener relación con la patología generada por el accidente de trabajo sufrido por el beneficiario.
- b) Medicamentos autorizados por la ART y/o PLENUS
- c) Productos de Venta Libre (sólo Diclofenac 50, Ibuprofeno, Omeprazol, Esoprazol y Lansoprazol) y Accesorios (gasas, vendas, taco para yeso, descartables habituales, vendas elásticas, agua oxigenada, Rifocina, etc. Con la correspondiente autorización).
- d) Ortesis, inmovilizadores, botas de Walker, musleras, muñequeras, rodilleras, muletas, etc. E insumos

(pañales, sondas, catéter, etc) requieren autorización previa.

- a) Todas las enmiendas que se hagan en el sector de la receta destinado a la farmacia, deberán ser salvadas y el afiliado deberá firmar y aclarar su firma, avalando dicha salvedad.
- b) Toda enmienda hecha en la prescripción deberá ser salvada por el médico tratante bajo leyenda: "Digo(lo enmendado)" firmando y sellando el médico nuevamente lo salvado.

Por ninguna razón se aceptará, con cargos a las entidades, recetas con enmiendas, raspaduras o agregados con distinta lapicera, sino están salvados expresamente por el profesional prescribiente.

Se acredita con documento de identidad y copia de la denuncia de accidente.

Mensual en 2da quincena. Cierre por Observer Gestion.

HOLANDO
— SEGUROS —

PLANUS / Cobertura de accidentes personales con asistencia médica									
Datos del asegurado/tomador									
Asegurado Personal ☐		Tomador ☐							
Apellido y Nombres completos / Razón Social									
C.U.I.T./C.U.I.L.				Tipo y N° Documento			Código Asegurado		
Actividad/Ocupación									
Domicilio Particular				N°		Piso		Opto.	
Localidad				Provincia				Tel.	
								CPA	
Horario habitual de trabajo ☐		Tipo ☐		Rotativo ☐		Desde		Hrs. - Hasta	
Datos sobre el accidentado									
Apellido y Nombres				Tipo y N° Documento					
Domicilio Laboral				N°		Piso		Opto.	
Localidad				Provincia				Tel.	
								CPA	
Domicilio Particular				N°		Piso		Opto.	
Localidad				Provincia				Tel.	
								CPA	
Ocupación									
Horario habitual de trabajo ☐		Tipo ☐		Rotativo ☐		Desde		Hrs. - Hasta	
Medio de transporte que utiliza para movilizarse a su trabajo									
Datos sobre el accidente									
Lugar de ocurrencia		En el trabajo ☐		En otro centro o lugar de trabajo ☐		Al ir o volver del trabajo (In itinere) ☐			
		Desplazamiento en día laboral ☐		Otro (especificar)					
Domicilio de ocurrencia		N°		Piso		Opto.		Tel.	
Localidad		Provincia						CPA	
Tarea desarrollada al momento del accidente									
Fecha de ocurrencia del accidente						Hora del accidente			
Descripción del accidente (indicar consecuencias del mismo)									
Diagnóstico									
Prestador médico									
Razón Social									
Domicilio								Tel.	
Localidad								Provincia	
								CPA	
Lugar y Fecha									

Firma y Adecuación del solicitante

Se debe completar y entregar en la oficina de la A.R.T. o en cualquier otro lugar que se indique para el trabajador - por correo electrónico - dentro del plazo de 15 días hábiles siguientes al suceso.

HOLANDO
— LEGAL —

Denuncia de accidente de trabajo o enfermedad profesional

El trabajador debe informar a denuncia ante la A.R.T. de forma directa o mediante un tercero que entregue la información en nombre por él acreditada, si éste no puede denunciar ante la A.R.T. o presentar escrito. En caso que el empleador no cumpla con sus obligaciones, la A.R.T. deberá denunciar el hecho ante la A.R.T.

Datos del empleador

Razón Social			
C.U.I.T.		C.I.B.U.	
Domicilio		Localidad	Provincia
Teléfono	Fax	E-mail	CPA
Nombre del establecimiento de ocurrencia del accidente			
Empresa contratante: ☐ No ☐ Si C.U.I.T.: _____ Opciones			
Domicilio del establecimiento / sede o lugar donde se produjo el contingente			
Localidad		Provincia	
		CPA	

Datos del trabajador

Nombre y Apellido			
C.U.I.T.		Tel o Celular	Nacionalidad
Domicilio		Localidad	Provincia
Tar. Documento	CPA	LC	LE
Sexo	M	F	Edad
Fecha ingreso a la empresa		Torno horario	Vigil
Otro laboral		Fecha último examen periódico	
Tareas habituales			
Puesto de trabajo al momento de ocurrencia del accidente/profesional de la enfermedad (E.C.O.)		Anticipado	
Puesto de trabajo anterior		Anticipado	

Información sobre el Siniestro

Tipo de accidente		Por el hecho o en ocasión del trabajo		☐		Enfermedad profesional		☐		Accidente in itinere		☐		Otros		☐	
Fecha de ocurrencia o primera manifestación				Hora del accidente				Fecha de asistencia médica									
Descripción de lo leído (S/Título R.E.N.A.L.)																	
Descripción de la sintomatología importante																	
Descripción del hecho																	

Accidente de trabajo/infortunio/Otros

Forma del accidente		(S/Título R.E.N.A.L. Nº B)		Agente material asociado				(S/Título R.E.N.A.L. Nº B)	
Descripción de lo leído (S/Título R.E.N.A.L.)									
Diagnóstico (DR)				Naturaleza de la lesión (S/Título R.E.N.A.L. Nº B)				Zona del cuerpo (S/Título R.E.N.A.L. Nº B)	
Diagnóstico 1:									
Diagnóstico 2:									
Diagnóstico 3:									

Enfermedad Profesional

Agente de riesgo 1	Agente material asociado 1 (S/Título R.E.P.)	Diagnóstico 1	Fecha diagnóstico	Forma de diagnóstico	Zona del cuerpo	Tipos de riesgo al agente de riesgo 1
		Diagnóstico 2				
		Diagnóstico 3				
Agente de riesgo 2	Agente material asociado 2 (S/Título R.E.P.)	Diagnóstico 1				
		Diagnóstico 2				
		Diagnóstico 3				
Agente de riesgo 3	Agente material asociado 3 (S/Título R.E.P.)	Diagnóstico 1				
		Diagnóstico 2				
		Diagnóstico 3				

La Enfermedad se detecta en [Código de Detección de la Enfermedad]: [verificar con uno de los campos]
 P: Primer Preocupante - E: Examen Período - E: Examen de Espinal - A: Asesoría Patológica - T: Transferencia de puesto de trabajo - O: Otro Signo - R: Señales Privadas - H: Hospital Privado - M: Consultas en Amb. Púb. no hospital - J: Faltas Juicio - G: Grado Trabajo - G: Presencia MT

Prestador a Centro Asistencial

Razón Social			Pais
Domicilio		Localidad	
Provincia	CPA	Teléfono	
Fax	Email		

Accidente In Itinere

Denuncia Policial Nº	(adjuntar copia)	Consulta
Lugar y Fecha		

Fecha del Denunciante	CPI del Denunciante	Atestación del Denunciante	Fecha de elaboración del formulario
-----------------------	---------------------	----------------------------	-------------------------------------

Servicios 206 - C/101AAQ - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Tel: 011/4321.7000 - Fax: 011/4321.7222 - email: csa@holando.com.ar - www.holando.com.ar