

(07/11/2022)

VALIDACIÓN ON LINE DE RECETAS

Todas las recetas deberán llevar autorización on line.
El número de afiliado es el que consta en la credencial. Se debe cargar a partir del primer número distinto de cero y sin las barras divisorias. Ej: 011520/00 – Se carga 1152000

PLANES Y DESCUENTOS

Convenio SANCOR SALUD (Código 338)	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manua l Fco.	Valid a On Line
Plan General	% según validació n on line	Y%	SI	NO	SI
Autorizaciones Especiales (1) FORM.4 INTERNACIÓN	X%	Y%	NO	SI	SI
Crónicos	MF (2) 70% 100%	PVP - MF, 30% 0%	SI	NO	SI

- (1) Se podrán reconocer medicamentos autorizados por la obra social en Form n° 4, el que no necesitara firma del auditor. Al momento de validar debe ingresar obligatoriamente como nro. de receta el nro del F4 que figura en margen superior derecho. No debe leerse el código de barras, ya que el mismo no contiene el dato correspondiente. Luego, ingresar la cobertura autorizada por la obra social. Debe estar acompañado de la prescripción médica.
- (2) El sistema de validación devuelve el monto que debe abonar el afiliado según la cobertura que la obra social le hace. A partir de junio la Obra Social implementó el precio de referencia (Resol MS 27/2022).

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIP- CIÓN Por nombre	DIAG NOST ICO	RE CETA	VALIDEZ RECETA.	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
Genérico	SI	(A-B- C)	30 días	SI	Sello: SI Manuscrito: NO

- A) Tipo de recetarios:
- A-1) Receta Manual: particular o de instituciones. Es válida para el plan general.
- A-2) Receta electrónica: recetas emitidas por sistemas de prescripción electrónica homologados. La fcia debe realizar la búsqueda de la receta en la opción de receta electrónica ingresando número de afiliado y número de receta. Si la receta se encuentra disponible se cargarán los datos automáticamente. Es válida para el plan general.
- A-3) PMI BEBE: validarlo dentro del plan General. Cuenta con VDM propio.
- A-4) PMI Mamá: validarlo dentro del plan General. Cuenta con VDM propio.
- A-5) Crónicos: formulario web de patologías crónicas, que lo baja el afiliado desde la web de Sancor. No es válido que los datos de afiliación y de prescripción estén en manuscrito.
- A-6) Anticonceptivos: formulario web de anticonceptivos, que es bajado por la afiliada desde la web de Sancor.

- A-7) Vacunas antigripales: formulario web especial de vacunas antigripales.
- A-8) Internación: receta del médico + Formulario número 4 para autorizaciones especiales.
- A-9) Leches: cobertura según lo autorizado por Sancor mediante formulario 4

- B) Se debe adjuntar copia del ticket fiscal de venta.
- C) Datos del afiliado:
- C-1) Receta manual: Todos los que la receta exija:
- C-1-1. Nombre y Apellido
- C-1-2. Nro de afiliado
- C-1-3. Diagnóstico
- C-1-4. Medicamentos recetados por principio activo (puede sugerir marca comercial)
- C-1-5. Cantidad de cada medicamento
- C-1-6. Firma y sello del médico
- C-1-7. Fecha de prescripción
- C-1-8. Conformidad del afiliado: firma, aclaración, domicilio y DNI

MEDICAMENTOS POR RECETA

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	2 (a-b)
--	---------

- a) NO se cuentan repetidos.
- b) En Internación, lo autorizado por la obra social.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

TAMAÑO (a-b-c-d)	CANTIDAD
CHICO o UNICO	2
SUBSIGUIENTE AL CHICO	1
GRANDE (3° TAMAÑO o más)	1
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	2 (c)

- a) En una misma receta NO pueden coexistir dos o más medicamentos distintos de tamaño grande o medicamentos distintos de tamaño grande y subsiguiente al chico.
- b) Estos limites no se tienen en cuenta en Internación, donde las cantidades son sin límites
- c) Se consideran tamaño grande.
- d) En Internación lo autorizado por la obra social.

LEY DE GENÉRICOS

- a) Si se prescribe por nombre genérico (monodroga) se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescrita, en la concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada.
- b) Si se prescribe por nombre comercial seguido al nombre genérico, se permite el reemplazo por otros nombres comerciales, siempre que tengan igual: Monodroga, concentración, forma farmacéutica, cantidad y cuyos PRECIOS SEAN IGUALES O MENORES AL MEDICAMENTO CUYO NOMBRE COMERCIAL SE PRESCRIBIO.

ENMIENDAS

- 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.

(07/11/2022)

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.

En el caso de PMI: credencial identificatoria de PMI BEBE o PMI MAMÁ.
Crónico: formulario identificación empadronamiento programa crónico.

AFILIACIÓN
Se acredita con Credencial Sancor Salud

PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS
Se pueden presentar hasta 60 DIAS de la fecha de dispensación

MODELO DE RECETARIO PARA VACUNACIÓN ANTIGRIpal y ANTICONCEPTIVOS

DEBEN VALIDARSE POR PLAN GENERAL

FORMULARIO CAMPAÑA VACUNACIÓN ANTIGRIpal y FORMULARIO ANTICONCEPTIVOS



Campaña de Vacunación Antigripal

Apellido y Nombre: _____

Nº de Asociado: _____ Plan: SANCOR 3500

Descripción de la prestación:

Vac. antigripal f.a x 1 - 1 envase

Diagnóstico:

Campaña Vacunación Antigripal 2022


Dr. Ariel R. Quiroga
Médico - M.P. Nº 4421

Fecha: Valido hasta: 31/06/22

Requiere Validación obligatoria - Adjuntar troquel correspondiente.



Apellido y Nombre: _____

Nº de Asociado: _____ Plan: SANCOR 3000

Descripción de la prestación:

SLINDA SIN ESTROGENOS comp.rec.x 24 + 4
drospirona

Diagnóstico:

ANTICONCEPCIÓN -


Dr. Ariel R. Quiroga
Médico - M.P. Nº 4421

Fecha: 01/06/22

Requiere validación obligatoria - Adjuntar troquel correspondiente.

MODELO DE RECETARIO PARA PLAN CRÓNICOS

DEBEN VALIDARSE POR PLAN CRÓNICOS

FORMULARIO CRONICIDAD



Apellido y Nombre: _____

Nº de Asociado: _____ Plan: SANCOR 1000

Descripción de la prestación:

TRILEPTAL pb.x 100 ml
oxcarbazepina

Diagnóstico:

EPILEPSIA


Dr. Ariel R. Quiroga
Médico - M.P. Nº 4421

Fecha: 03/06/22

Requiere validación obligatoria - Adjuntar troquel correspondiente.

(07/11/2022)

MODELO DE FORMULARIO 4- PLAN INTERNACIÓN

DEBEN VALIDARSE POR AUT.ESPEC.FORM 4 - INTERNACIÓN

(Presentarse acompañado de receta médica).

FORMULARIO NRO. 4 AUTORIZACIONES ESPECIALES



FORMULARIO NRO. 4
PRESTACIONES QUE
REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

PREVIA VALIDACIÓN POR ESPECIALISTA

Nro: 03077324



Apellido y Nombre:

CUIL: 30-14239473-2

Número:

Subgr:

Fecha Rec:

Fecha de ingreso Serv. Salud:

Fecha de ingreso al Plan:

Plan: SANCOR 3000 CH

Entidad Rec:

NO GRAV

DICTAMEN DE AUDITORÍA

Antecedentes: Cód.: 00040208 Cnt.: 1 GLUCONOL 50 mg comp. a 50

COBERTURA DEL 50 % SEGUN PLAN

Ambulatorio

SI

Diagnóstico: DIABETES

Proveedor Prescriptor:

Número:

Fecha prescripción:

Establecimiento adscrito:

Número:

Fecha realización:

Proveedor actuante:

Número:

Fecha realización:

Firma del Paciente

Firma y sello del Profesional

* LA PRESENTE AUTORIZACIÓN SOLO ES VÁLIDA SI LA PRÁCTICA ESTÁ CONVENIDA *

Vencimiento formulario: 27/03/2022

Fecha: 26/03/2022 Enviar a: adriana.alonso@sancorsalud.com.ar

T.S.:

El proveedor podrá facturar con este formulario siempre que conste en el mismo el N° de Autorización y se adjunte el original del Médico. Médico.