

(10/05/2024)

**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.

Se requerirá Token (a partir del 11/03/2024) al momento de validar la receta. El mismo será de 4 dígitos y el asociado lo solicitará vía WhatsApp al asistente virtual de Sancor, desde la web o desde la App de Sancor Salud.

**BONIFICACIÓN**

Se hará una bonificación del 7,5% sobre el total de la receta dispensada.

**PLANES Y DESCUENTOS**

Convenio SANCOR SALUD (Código 338)	a/c Obra Social	a/c Beneficiario	Con Form. Ter.	Con Manual Fco.	Valida On Line
Unificado Plan General	% según validación on line	Y%	SI	NO	SI
Unificado Autorizaciones Especiales (1) FORM.4	X%	Y%	NO	SI	SI
Unificado 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 necesita 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).

**CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRI PAL 2024**

Se habilita la citada Campaña a partir del 20/03/2024. Será requisito la presentación de receta física, la cual debe validarse en el plan general, devolviendo el Sistema como respuesta la cobertura según su condición. La vacuna será provista del stock propio de la Farmacia.

**RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL**

PRESCRIPCIÓN Por nombre	DIAGNOSTICO	RECETA	VALIDEZ RECETA.	TROQUEL	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. Es válida para el plan general. Ver ejemplos de modelos al final de la presente Norma.

- A-3) No son válidas las recetas pre impresas, aquellas que no son emitidas por un sistema homologado. Ver ejemplos de cuáles son no validas, al final del presente.
- A-4) PMI BEBE: validarlo dentro del plan General. Cuenta con VDM propio.
- A-5) PMI Mamá: validarlo dentro del plan General. Cuenta con VDM propio.
- A-6) 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-7) Anticonceptivos: formulario web de anticonceptivos, que es bajado por la afiliada desde la web de Sancor.
- 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,

(10/05/2024)

cantidad y cuyos PRECIOS SEAN IGUALES O MENORES AL MEDICAMENTO CUYO NOMBRE COMERCIAL SE PRESCRIBIO.

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.

**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.

**AFILIACIÓN**

Se acredita con Credencial Sancor Salud.  
 En el caso de PMI: credencial identificatoria de PMI BEBE o PMI MAMÁ.  
 Crónico: formulario identificación empadronamiento programa crónico.

**PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS**

Se pueden presentar hasta 60 DIAS de la fecha de dispensación

**MODELO DE RECETARIO PARA ANTICONCEPTIVOS y CRÓNICOS**

 <p>Grupo de Medicina Privada</p> <div style="text-align: center;">  <p>31</p> </div> <p>Nro. de receta:</p>  <p>Nro. de asociado:</p> 	<p><b>CODIGO DE ATENCION:</b> 8344a530f2</p> <p>Fecha de atención: 10/10</p> <p><b>Datos del paciente:</b>                  - DNI: XXXXXXX                  Obra social: SANCOR                  Número de asociado: XXXXXXX</p> <hr/> <p><b>Medicamentos:</b> _____ <b>Envases:</b> _____</p> <hr/> <p><b>Diagnóstico:</b> _____</p> <hr/> <p><b>Profesional:</b> _____</p> <p>Matrícula: MP - _____</p>
---	---

Debe validarse en Plan General (en el caso de anticonceptivos). Y en Plan Crónicos la medicación crónica. Tales recetarios no es necesario que el afiliado los presente impresos. En tal caso la farmacia presentará el ticket de validación para su liquidación y cobro

(10/05/2024)

MODELO DE FORMULARIO 4- PLAN INTERNACIÓN

DEBEN VALIDARSE POR AUT.ESPEC.FORM 4 - INTERNACIÓN

(Presentarse acompañado de receta médica).

FORMULARIO NRO. 4 AUTORIZACIONES ESPECIALES

**SanCor** Medicina Privada

**FORMULARIO NRO. 4**  
PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

Nro: 03077324

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ CUIL: 20-14220473-2 Número: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Fecha Rec: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso Serv. Salud: \_\_\_\_\_  
 Fecha de ingreso al Plan: \_\_\_\_\_ Plan: SANCOR 3000 CH  
 Estado Rec: \_\_\_\_\_ **NO GRAY**

**DICTAMEN DE AUDITORÍA**

Antecedentes: Cód.: 00042002 Cati.: 1 GLUCOSAS 50 mg comp. x 30

**COBERTURA DEL 50 % SEGUN PLAN**

Ambulatorio:  SI

**Diagnóstico: DIABETES**

Prostador Prescribiente: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_  
 Establecimiento ambulatorio: \_\_\_\_\_ Fecha prescripción: \_\_\_\_\_  
 Prostador actual: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Fecha realización: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Firma y sello del Profesional: \_\_\_\_\_

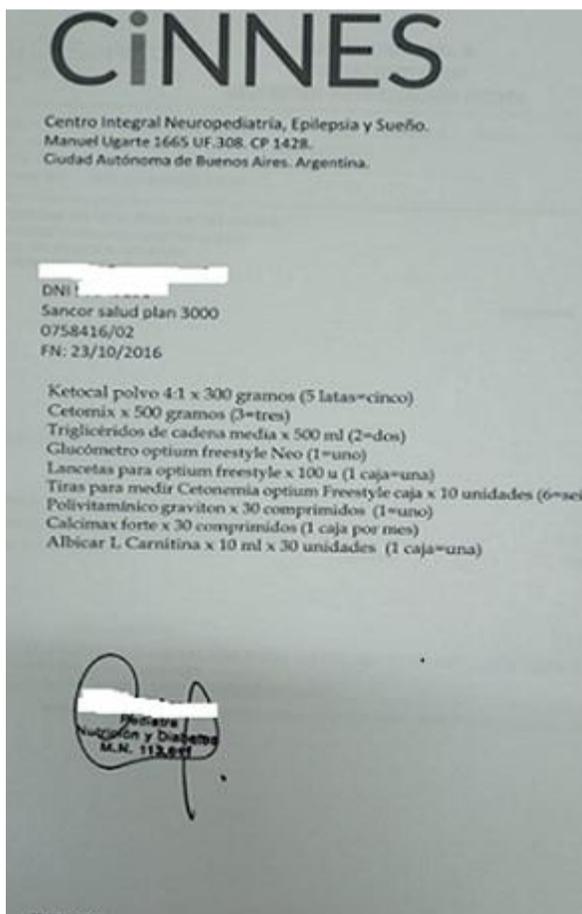
**\* LA PRESENTE AUTORIZACIÓN SOLO ES VÁLIDA SI LA PRÁCTICA ESTÁ CONVENIDA \***

Vencimiento formulario: 27/03/2022  
 Fecha: 26/01/2022 Enviar a: [adriana.alfonso@sancorsalud.com.ar](mailto:adriana.alfonso@sancorsalud.com.ar) T.S.: \_\_\_\_\_

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

MODELOS DE RECETARIOS ELECTRÓNICOS VIGENTES y NO VIGENTES

No son válidos:



Si son válidos:

(10/05/2024)

 0156003377372	 1287169/01
	Matricula Nac.:1
Paciente: .....	Sexo: Femenino
DNI:	
SANCOR SALUD	
PLAN: 3000   N° Credencial: 1287169/01	
<b>Rp:</b>	
NAN COMFORT - proteínas+grasas+carbohid.+asoc. - lata x 400 g	
Cantidad: 8 (ocho)	
<b>Diagnóstico:</b> RGE	
<i>Esta receta fue creada por un emisor inscripto en el Registro de Recetarios Electrónicos implementado por el Ministerio de Salud de la Nación.</i>	
	 Mn 14 Mp 2855 Me 1722
18/07/2023	FIRMA Y SELLO
 <a href="#">Ver link</a>	Medica

Deben validarse en plan general