

5227

PREVENCIÓN SALUD

PREVENCIÓN SALUD

Fecha de vigencia: 06/04/15

NRO.: 6

DATOS GENERALES• **AUTORIZACION TELEFONICA / ON LINE**

.Cargar el N° de Credencial del Afiliado.

.Ejemplo: N° Credencial: 100103019

Ingresar: 100103019

TICKET DE VENTA• **TICKET DE VENTA**

.Se debe adjuntar copia del ticket fiscal de venta o documento no fiscal

.homologado.

RECETARIO• **TIPO**

.De todo tipo (particular o de Instituciones).

.Se aceptan recetarios sin membrete pero con alguna identificación de la

.institución (sello por ejemplo) NO se aceptan recetarios en blanco.

.Se aceptan recetarios con publicidades de medicamentos.

• **VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION**

.30 días.

BENEFICIARIO• **DATOS DEL AFILIADO**

.Datos que deben figurar de puño y letra del profesional con la misma tinta:

.nombre y apellido del Paciente y número de afiliado.

• **ACREDITACION**

.Documento de Identidad.

.Afiliados inexistentes deben validarse pero presentar la receta con copia de la credencial provisoria.

.Personal del Grupo Sancor tiene la credencial normal de cada Plan, en el momento de validar informa que es Personal del Grupo Sancor.

COBERTURAS• **PLANES DE ATENCION**

.09 AUTORIZACIONES ESPECIALES

% Según Autorización de la OS

.12 PLAN GENERAL

D/Vad ATCO 100% - S/Padrón

D/Vad Crónicos 70% 100% - S/Padrón

D/Vad Amb 40% 50% 60% 70% - S/Padrón

D/Vad PMI 100% - S/Padrón

NORMAS DE PRESTACION• **CANTIDADES RECONOCIDAS**

.Hasta 3 productos distintos por receta.

.Hasta 1 envases por renglón.

5227

PREVENCIÓN SALUD

PREVENCIÓN SALUD

Fecha de vigencia: 06/04/15

NRO.: 6

.Con leyenda 'Tratamiento Prolongado' hasta 2 envases por renglón.

.Hasta 5 antibióticos inyectables monodosis.

.Hasta 1 antibiótico inyectable multidosis.

.Leches Medicamentosas en PMI: hasta 4 kg por receta por mes con Autorización de la Obra Social, las mismas deben validarse en el Plan 9.

.Anticonceptivos: se controlará la dispensa de 6 cajas cada 6 meses.

- **TROQUELADO**

.Adjuntar troquel con código de barras de acuerdo al orden de prescripción.

.Si la presentación no contiene número de troquel adjuntar código de barras.

- **VADEMECUM**

. Ambulatorio.

. Anticonceptivos.

. Crónicos.

. Plan Materno Infantil.

- **RECONOCIMIENTOS**

.AUTORIZACIONES ESPECIALES: sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan

.con todos los requisitos cuando se hallen autorizadas por la Entidad

.mediante firma y sello en el Formulario de Autorización original (se muestra

.modelo al final). Los mismos deben validarse en Plan 9 modificando los % de

.Cobertura de acuerdo a lo autorizado por la Obra Social.

.El Formulario puede estar firmado por:

* Dr. Martias Buffa - Gerente Médico

* Dra. Julieta Cardelino - Médica Asesora Corporativa

* Dra. Evangelina Inés Patoco - Médica Asesora Corporativa

* Dr. Clua Daniel - Coordinador Médico Regional.

* Dra. Campo Cinthia - Coordinador Médico Regional.

* Dr. Castellano Ricardo - Coordinador Médico Regional.

* Dr. Soli Aldo Rene - Coordinador Médico Regional.

* Dr. Bulfon Fernanda - Coordinador Médico Regional.

* Dr. Fernando Iscaro - Coordinador Médico Regional.

* Dr. Aguila Brunet Damian - Coordinador Médico Regional

.Sólo se admitirá el Formulario original. Es decir no se puede expender el

.medicamento en caso de que el afiliado presente una fotocopia del

.Formulario.

- **DIAGNOSTICO**

.Si requiere.

OBSERVACIONES

- **MODALIDAD DE FACTURACION**

.Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se

.encuentre incompleto y/o la denominación de la entidad haya sido omitida

.por el profesional, 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 en conformidad.

5227

PREVENCIÓN SALUD

PREVENCIÓN SALUD

Fecha de vigencia: 06/04/15

NRO.: 6

RECORDATORIO

.La receta debe estar prescripta de puño y letra del profesional:

* Medicamentos recetados por principio activo, indicando una marca sugerida incluida en vademécum.

*Cantidad de cada medicamento.


*Firma y sello con número de matrícula y aclaración.

*Fecha de prescripción.

.Vacunas no incluidas en el Calendario Oficial: solo con autorización de la Auditoría Médica de Prevención Salud.

.Leches Maternizadas: no tienen cobertura.


MODELO DE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN



Fecha: 21/02/14 Validez: 23/03/14
 Autorización Nro.: 58

Autorización
 Sucursal: 01 - Casa Central
 Afiliado: PS 1077/00 GONZALEZ, JUANA
 Edad: 38 Plan: A2
 Pedido por: ZILINSKI, PAULÁ
 Domicilio de entrega:
 Teléfono:
 (0)

Productos	Estado
2438662 BERCETINA comp.x 40	1 Aceptado



Prevención Salud
 Dra. EVANGELINA INÉS PATOCO
 MÉDICO ASISTENTE CORPORATIVO

1/1