

(27/04/2016)

SANCOR SALUD ACTUA UNICAMENTE COMO OBRA SOCIAL PRINCIPAL:

VALIDACIÓN TELEFONICA U ON LINE DE RECETAS

Todas las recetas deberán llevar autorización.

Dicha AUTORIZACION podrá ser obtenida de manera Telefónica u On Line.

Para ello se debe proceder de la siguiente manera:

AUTORIZACION TELEFONICA

- Llamar (llamada local) al 0810-333-1060.
- Información a brindar a la operadora:
 - CODIGO DE ZONA (LA PAMPA)= 73
 - CODIGO DE FARMACIA DEL COLEGIO.
 - CODIGO DE FARMACIA EN PAMI
 - CODIGO DE OBRA SOCIAL
 - * AMS – SANCOR SALUD 346
 - PLAN AL QUE CORRESPONDE LA RECETA
 - NUMERO DE AFILIADO
 - IMPORTES TOTALES Y A CARGO.
- Completado el paso anterior, la operadora le dará un CODIGO DE AUTORIZACIÓN (es un número de 12 ó 13 dígitos). El mismo se deberá colocar en el VÉRTICE SUPERIOR DERECHO DE LA RECETA.

AUTORIZACION ONLINE

Para obtener la autorización On Line, se deberá seguir el instructivo correspondiente, informado en Circular Informativa (Ver programa Agent). El ticket de validación On Line deberá adjuntarse a la receta.

PLANES Y DESCUENTOS

Convenio SANCOR SALUD (Código 346) (4)	a/c Obra Social	a/c Beneficiario	Con Form. Ter.	Con Manual Fco.
05 4065 4000 3000 3000E 2000 1000 500	40%	60%	NO	SI
06 Plan C	40%	60%	SI (6)	NO
14 PMI 4000 3000 2000 1000 500 LyF85A(1)	40% 100%	60% 0%	NO	SI
15 PMI Plan C	40% 100%	60% 0%	SI (7)	NO
20 Crónicos Medicamentos Incluidos en el Vad. Crónicos	70% 100%	30% 0%	SI (2)	NO
21 Internación (4)	100%	0%	NO	SI
22 4065 4000 3000 3000E 2000 1000	50%	50%	NO	SI
23 4000 3000 3000E 2000 1000 LyF85A	60%	40%	NO	SI
25 Linea Dorada	60%	50%	NO	SI
26 Plan 1070 2070 3070 4070 5070	70%	30%	NO	SI
Autorizaciones Especiales (5)	X	Y	NO	SI

- Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.
- Formulario Terapéuticos Crónicos
- Cuando actúa como Coseguro, el cálculo de cobertura de AMS Sancor Medicina Privada se realiza sobre lo que le corresponde pagar al afiliado.
- La receta deberá llevar autorización previa de la obra social en Form. N° 4.

- Se podrán reconocer medicamentos autorizados por la obra social en Form n° 4, el que no necesitara firma del auditor, tanto en ambulatorios como en Internados.
- Formulario Terapéutico Ambulatorios.
- Formulario terapéutico del PMI.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIPCIÓN	DIAGNOSTICO	RECETA	VALIDEZ RECETA.	TROQUEL	FIRMA Y ACLARAC. DEL MEDICO
Por nombre	SI	(A-B)	Ambulatorio: 15 días Internado: 5 días	SI	Sello: SI Manuscrito: NO

- Tipo de recetarios:
 - Ambulatorio: Plan 5, 22, 23 y 25 Particular. Plan 6: Oficial o Particular.
 - Crónico: Ver aparte. Anexo I
 - Internación: recetario particular del médico con la leyenda "Paciente Internado"
 - PMI: Particular con la Leyenda "Plan Materno Infantil" y credencial correspondiente a PMI. Plan 15: Recetario Oficial identificado con la leyenda en la parte superior.
 - Formulario numero 4 para autorización de medicamentos y leches.
- Las recetas deberán estar PREVIAMENTE AUTORIZADOS ON LINE.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

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

- NO se cuentan repetidos.
- 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 (3º TAMAÑO o más)	1
ANTIBIOTICOS INY. MONODOSIS	5
ANTIBIOTICOS INY. MULTIDOSIS	2 (c)

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

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

- Albumina, Plasma y expansores plasmáticos.
- Anestésicos, tópicos (Excepto en internación).
- Anorexígenos, tratamientos locales o sistémicos para obesidad anticelulíticos.
- Antiartrtrósicos.
- Antihemofílicos.
- Antioxidantes.
- Antisépticos. Anestésicos bucofaringeos.
- Antitabáquicos. Antitóxicos.
- Bioenergizantes.
- Cariostáticos.
- Cicatrizantes.
- Cintas y reactivos de diagnóstico.
- Colagogos.
- Dentífricos y pastas gingivales.
- Diagnóstico de amenorrea.
- Disfunciones sexuales masculinas.

(27/04/2016)

- q) Emolientes y humectantes.
- r) Esclerosantes.
- s) Hormona para el crecimiento.
- t) Inmunomoduladores e Inmunosupresores.
- u) Insulinas.
- v) Interferones.
- w) Jabones Medicamentosos.
- x) Leches de todo tipo (Excepto en PMI con autorización).
- y) Limpiadores de piel acneica.
- z) Lubricantes oculares.
- aa) Medicamentos con palivizumab, Riluzol, Teicoplanina, Linezolid, Etarcept.
- bb) Medio de contraste no iónicos.
- cc) Oncológicos y coadyuvantes.
- dd) Parasimpaticometicos (Excepto en internación)
- ee) Pediculicidas.
- ff) Queratolíticos.
- gg) Reblandecedores del cerumen.
- hh) Relajante muscular y neuromuscular.
- ii) Medicamentos y productos de venta libre . Productos sin troquel.
- jj) Solvente indoloro (Salvo en internación).
- kk) Surfactantes pulmonares.
- ll) Tobramicina inyectable.
- mm) Tratamiento contra el SIDA.
- nn) Tratamiento polineuritis diabética.

PRODUCTOS RECONOCIDOS

- a) Medicamentos de venta bajo receta que figuren en el Manual Farmacéutico o Guía Kairos, dentro de los límites de los formularios terapéuticos que posee cada plan.
- b) Leches medicamentosas, hasta 4 kilos por mes durante los 3 primeros meses autorizados por Médico Auditor.
- c) Anovulatorios y anticonceptivos. Los mismos deberán validarse a través del plan del afiliado, pudiendo tener una cobertura mayor que la que habitualmente posee.

LEY DE GENERICOS

- a) Si se prescribe por nombre genérico (monodroga) se podrá dispensar cualquier nombre comercial correspondiente a la monodroga prescripta, en la concentración, forma farmacéutica y cantidad indicada. (*)
- b) Si se prescribe por nombre comercial, 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. (*)

(*) Nota: Siempre se deben dispensar los medicamentos que reconoce cada convenio y dentro de estos, cada plan.

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.
- 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.

AFILIACION

Se acredita con CARNET (en el caso de PMI y Cronicidad, credencial específica de cada plan) y DNI.

A los efectos de realizar correctamente la atención de las recetas de esta prepaga, se detalla a continuación como proceder a seleccionar el plan correcto del afiliado, previo a la validación:

Ejemplo 1:

En la credencial **se indica solo el plan**, y no se indica ningun porcentaje de cobertura. En este **caso la receta debe validarse en el plan que tenga 40% de cobertura.**

Nº de afiliado



En este caso se indica que el afiliado pertenece al **Plan Sancor 3000** y no se indica ningun porcentaje de cobertura, por lo tanto **debe validarse en el plan 3000 con 40% de cobertura.** Se solicita también prestar atención sobre cual es el numero de afiliado a cargar en el momento de validar.

Ejemplo 2:

En la credencial **se indica el plan**, pero también un porcentaje de cobertura (en este caso 50%). **La receta debe validarse en el plan que tenga el porcentaje de cobertura indicado en la credencial.**



En este caso, se indica que es una **receta del Plan 4000**, pero se indica que **tiene 50% de cobertura.** Debe validarse en el plan 4000 con 50% de cobertura.

OBS: La credencial puede tener otro porcentaje de cobertura (Por ej 60%)

PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS

Se pueden presentar hasta 60 DIAS de la fecha de dispensación

FORMULARIO TERAPEUTICO

Dado que:

- a) El FORMULARIO TERAPÉUTICO es muy extenso y se encuentra instalado en el sistema de computación del Colegio,
- b) Hay muchas farmacias que no reciben afiliados de esta obra social porque en su localidad no existen,
- c) Se pretende eliminar costos de impresión:

Por ello las farmacias que deseen tener una copia del **FORMULARIO TERAPÉUTICO** deberán solicitarlo al Colegio Farmacéutico de La Pampa dado que el mismo no se enviará a las farmacias en forma rutinaria como el resto de las normas de trabajo.

CARÁTULA DE PRESENTACIÓN

Ver Anexo II

(27/04/2016)

(27/04/2016)

ANEXO I

PLAN DE CRONICIDAD. Nueva modalidad de trabajo

CIRCUITO OPERATIVO:

PASO 1: *Lo hacen la Obra Social – el Afiliado y el Médico*

AUTORIZACION DEL FORMULARIO PARA ADMISION AL PROGRAMA DE PACIENTES CON PATOLOGIAS CRONICAS Y/O SALUD REPRODUCTIVA:

el afiliado envía el Formulario digitalizado completo por su médico tratante a la obra social. Esta autoriza o rechaza los medicamentos de acuerdo a sus normativas. Estos tratamientos se encuentran cargados en el validador. (Ver ejemplo de formulario más adelante).

PASO 2: *Lo hace la Farmacia*

COMPRA Y AUTORIZACION DE LA MEDICACION EN FARMACIA: el afiliado concurre a la farmacia con el FORMULARIO, el mismo debe quedar en la farmacia como comprobante de dispensa hasta el final de las entregas de medicamentos.

El afiliado, para retirar los medicamentos, presenta mensualmente el comprobante de dispensa (que imprime desde la página de su obra social).

La farmacia VALIDA los medicamentos y emite un ticket de validación donde se indica la cobertura.

SanCorSalud

Apellido y Nombre: XXXXXXXX, XXXXXXXX

Nº de Asociado: XXXXXXXX Plan: SANCOR 2000

Descripción de la prestación:
SYMBICORT-M TURBUHALER 80/4.5 mcg dosis x 120
70.00% SOBRE PRECIO DE VENTA PUBLICO

Diagnóstico:
ASMA

Dr. Marco A. Borda
Médico - M.P. N° 4613

Fecha: 23/07/15

Autorizado a facturar sin Formulario N°4 - Adjuntar troquel correspondiente.

PASO 3:

FACTURACION DE LA FARMACIA: debe presentar al cobro el ticket de validación completo con todos los datos del beneficiario, más el comprobante de dispensa con los troqueles adheridos.

MODELO DEL FORMULARIO PARA ADMISIÓN AL PROGRAMA DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS Y/O SALUD REPRODUCTIVA



FORMULARIO PARA ADMISIÓN AL PROGRAMA DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS CRÓNICAS Y/O SALUD REPRODUCTIVA (Resolución 310/04)

Datos Filiarios
 Apellido y Nombre: _____ Nº Asociado/Afiliado: _____
 Domicilio: _____ Tel.: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Condición: Titular Familiar

Datos Clínicos (Para ser completado por el médico a cargo)
 Peso: _____ Índice de masa corporal: SI No
 PA Sistólica: _____ Tabaquismo SI No
 PA Diastólica: _____ Sedentarismo SI No

Diagnóstico I
 Artritis Diabetes Tipo II Asma - Epoc Enf. Infl. Intest. Crónica S. Reproductiva
 Coronaropatía Dislipemia HipoHipertridismo Parkinson
 Ins. Cardíaca Gota Coagulopatía Epilepsia
 HTA Artritis Reumatoidea Glaucoma Enf. Psiquiátrica (DSM IV F29)
 Antecedentes de Enfermedades actual/complicaciones _____

Tratamientos Farmacológicos previos para este diagnóstico _____

Marcadores de seguimiento de esta patología (Ej.: Colesterolemia, glucemia, etc.)	DESCRIPCIÓN			FRECUENCIA
	DROGA 1	DROGA 2	DROGA 3	
Nombre genérico droga prescripta a esta patología				
Potencia (mg., gr., U)				
Dosis Diaria				
Forma Farmacológica (comp., jarabe)				
Tiempo estimado tto. (en meses)				

Diagnóstico II
 Artritis Diabetes Tipo II Asma - Epoc Enf. Infl. Intest. Crónica S. Reproductiva
 Coronaropatía Dislipemia HipoHipertridismo Parkinson
 Ins. Cardíaca Gota Coagulopatía Epilepsia
 HTA Artritis Reumatoidea Glaucoma Enf. Psiquiátrica (DSM IV F29)
 Antecedentes de Enfermedades actual/complicaciones _____

Tratamientos Farmacológicos previos para este diagnóstico _____

Marcadores de seguimiento de esta patología (Ej.: Colesterolemia, glucemia, etc.)	DESCRIPCIÓN			FRECUENCIA
	DROGA 1	DROGA 2	DROGA 3	
Nombre genérico droga prescripta a esta patología				
Potencia (mg., gr., U)				
Dosis Diaria				
Forma Farmacológica (comp., jarabe)				
Tiempo estimado tto. (en meses)				

Diagnóstico III
 Artritis Diabetes Tipo II Asma - Epoc Enf. Infl. Intest. Crónica S. Reproductiva
 Coronaropatía Dislipemia HipoHipertridismo Parkinson
 Ins. Cardíaca Gota Coagulopatía Epilepsia
 HTA Artritis Reumatoidea Glaucoma Enf. Psiquiátrica (DSM IV F29)
 Antecedentes de Enfermedades actual/complicaciones _____

Tratamientos Farmacológicos previos para este diagnóstico _____

Marcadores de seguimiento de esta patología (Ej.: Colesterolemia, glucemia, etc.)	DESCRIPCIÓN			FRECUENCIA
	DROGA 1	DROGA 2	DROGA 3	
Nombre genérico droga prescripta a esta patología				
Potencia (mg., gr., U)				
Dosis Diaria				
Forma Farmacológica (comp., jarabe)				
Tiempo estimado tto. (en meses)				

(27/04/2016)

Diagnóstico III
 Artritis Diabetes Tipo II Asma - Epoc Enf. Infl. Intest. Crónica S. Reproductiva
 Coronaropatía Dislipemia HipoHipertridismo Parkinson
 Ins. Cardíaca Gota Coagulopatía Epilepsia
 HTA Artritis Reumatoidea Glaucoma Enf. Psiquiátrica (DSM IV F29)
 Antecedentes de Enfermedades actual/complicaciones _____

Tratamientos Farmacológicos previos para este diagnóstico _____

Marcadores de seguimiento de esta patología (Ej.: Colesterolemia, glucemia, etc.)	DESCRIPCIÓN			FRECUENCIA
	DROGA 1	DROGA 2	DROGA 3	
Nombre genérico droga prescripta a esta patología				
Potencia (mg., gr., U)				
Dosis Diaria				
Forma Farmacológica (comp., jarabe)				
Tiempo estimado tto. (en meses)				

Diagnóstico IV
 Artritis Diabetes Tipo II Asma - Epoc Enf. Infl. Intest. Crónica S. Reproductiva
 Coronaropatía Dislipemia HipoHipertridismo Parkinson
 Ins. Cardíaca Gota Coagulopatía Epilepsia
 HTA Artritis Reumatoidea Glaucoma Enf. Psiquiátrica (DSM IV F29)
 Antecedentes de Enfermedades actual/complicaciones _____

Tratamientos Farmacológicos previos para este diagnóstico _____

Marcadores de seguimiento de esta patología (Ej.: Colesterolemia, glucemia, etc.)	DESCRIPCIÓN			FRECUENCIA
	DROGA 1	DROGA 2	DROGA 3	
Nombre genérico droga prescripta a esta patología				
Potencia (mg., gr., U)				
Dosis Diaria				
Forma Farmacológica (comp., jarabe)				
Tiempo estimado tto. (en meses)				


Médico Responsable:
 M.N.: _____ Especialidad: _____
 M.P.: _____
 Dir. Consultorio: _____

Firma _____ Aclaración _____ Sello _____ Fecha _____
 Firma _____ Aclaración _____ Sello _____ Fecha _____
 Firma _____ Aclaración _____ Sello _____ Fecha _____

Indicaciones para todos los médicos: Resolución 310/04 S.S.S. es imprescindible contar con la información que se solicita en este formulario. El mismo es presentado por única vez y permitirá disponer de las acciones necesarias para la provisión de la medicación. Si se solicitan más de cuatro patologías, pida otro formulario complementario. Ante cualquier duda, rogamos comunicarse con la Autoridad Médica de SanCor Salud. Sea el Asociado/Afiliado el que debe entregar el formulario en la Sede Central Surcrales.

(27/04/2016)

ANEXO II

MODELO DE CARATULA PARA PRESENTACION DE RECETAS			
 Colegio Farmacéutico de la Provincia de La Pampa	SANCOR SALUD CARATULA DE FACTURACION MENSUAL		
	FARMACIA:		
COD FCIA:			
PRESTACIONES	C. RECETAS	IMP. TOTAL	IMP. AC/OS
SANCOR SALUD 05 4065 4000 3000 3000E 2000 1000 500			
SANCOR SALUD 22 4065 4000 3000 3000E 2000 1000			
SANCOR SALUD 14 PMI 4000 3000 2000 1000 500 LyF85A			
SANCOR SALUD 23 4000 3000 3000E 2000 1000 LyF85A			
CRONICOS Medicamentos Incl.en el Vadem. Crónicos			
INTERNACION			
AUTORIZACION ESPECIAL			
06 PLAN C			
15 PMI PLAN C			
LINEA DORADA			
PLAN 26 1070 2070 3070 4070 5070			
TOTALES			
FACTURACION MENSUAL 2º QUINCENA DE CADA MES			