

PREVENCION SALUD

Cod. O.S. 12801

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): JULIO 2025

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO	O.S.	AFILIADO
Básico	40%-50%-60%	resto
A con copago (ACC)	40%-50%-60%	resto
A1,2,3,4,5,6	40%-50%-60%	resto
A OSFeNTOS	40%-50%-60%	resto
ALLADIO	40%-50%-60%	resto
Jóven	40%-50%-60%	resto
Personal Grupo Sancor Seguros	70%	30%
PMI	100%	—
Patologías crónicas	70% – 100%	resto
Anticonceptivos	100%	—
Autorizados	% Autorizado	resto

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:

Se reconocerán las especialidades medicinales según respuesta del validador, cuyos productos deben validarse electrónicamente.

Tratamiento Prolongado: Cuando el médico coloca de su puño y letra la frase “Tratamiento Prolongado”, su equivalente o abreviatura, pueden dispensarse las cantidades indicadas para tratamiento prolongado. Debe indicarse además el tamaño y/o contenido de cada medicamento, por lo que de omitirse sólo se entregará un envase del menor tamaño.

En el sistema de validación On Line debe validarse en el Plan tratamiento Prolongado.

PMI: Según validación On Line. Leches Medicamentosas: Hasta cuatro (04) Kg. por receta por mes, con autorización previa. Leches Maternizadas: No

Patologías Crónicas: La cobertura de 70% o 100% (según Vademécum) se aplica únicamente para los principios activos habilitados para cada asociado en el sistema de validación on line.

Anticonceptivos: 100% según validación on line.

Los productos incluidos en los Vademécum de Patologías Crónicas y Anticonceptivos pueden ser dispensados con el descuento general del beneficiario, cuando éste no se encuentre habilitado para dichas coberturas en el sistema de validación on line.

Autorizados: Podrán dispensarse recetas que se contrapongan con la presente normativa siempre que se adjunte el Formulario de Autorización, se reconocerán los productos y cantidades detallados con el descuento que indique el formulario de autorización. El mismo puede ser:

- En original con la firma y sello en original del Dr. Matías Buffa.
- En formato electrónico (ver modelo al pie)

Al momento de la presentación, la receta siempre deberá estar adjunta al Formulario de Autorización impreso. Las mismas se deberán presentar con carátula sin validar.

El Formulario de Autorización **siempre debe estar acompañada por la prescripción original.**

El Formulario de Autorización es válido tanto en original como sus reproducciones (fax, fotocopia, impresión de imagen escaneada, etc.), no requiere firma del médico auditor.

Validez: dentro de los **30 días de la fecha de autorización**. A su vez, la fecha del formulario no debe superar los 30 días de la fecha de prescripción.

Cantidad Máxima de:

PRODUCTOS DISTINTOS POR RECETA:

Sin Tratamiento Prolongado hasta tres (03) de distinto principio activo.

Con Tratamiento Prolongado hasta tres (03) de distinto principio activo.

UNIDADES POR RENGLÓN:

Sin tratamiento prolongado uno (01)), en caso de tratarse de un único renglón por receta, se aceptan hasta dos (02) envases chicos.

Con Tratamiento Prolongado hasta dos (02), sólo en un Rp.

UNIDADES POR TAMAÑO: dos (02) grandes por receta, el resto chicos o tamaño siguiente al menor. Los envases de tamaño único son considerados chicos. Si el médico no especifica cantidades se entregará el envase de menor contenido, si indica la palabra “grande” se entregará la presentación siguiente a la menor, si equivoca la cantidad y/o contenido se entregará el tamaño inmediato inferior al indicado.

Antibióticos inyectables: Monodosis: hasta cinco (05) – Multidosis: uno (01)

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Particular: Prescripción tradicional (manuscrita), donde el sello y la firma del profesional prescriptor deberán estar también en original. Son válidos los recetas de todo tipo (Particular o de Instituciones) aún en los casos donde no cuente con membrete ni identificación de la Institución (por ejemplo: recetas en blanco, de publicidad de medicamentos, etc.).

Electrónicos/digitales o bien pre-impresos, incluyendo la firma y sello del profesional de ese modo. **(Debe completarse en el validador el campo “N° de Receta Elect.”)**. El sistema momentáneamente acepta 10 dígitos. En caso de que la numeración del recetario los exceda, deberán ingresarse solo los últimos 10 dígitos. **El afiliado debe llevar la receta impresa.**

Recetarios digitales (prescripción preimpresa ya sea total o parcial) sin los requisitos de identificación antes mencionados pero que contengan **firma y sello original** del profesional.

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 como prueba de conformidad.

- Prescripción por genérico según la ley Nro. 25.649/02
- Cantidad de cada medicamento en números y letras.



- Enmiendas del prescriptor: solo salvadas con su firma y sello (NO válido para recetas electrónicas/digitales).
- Enmiendas del farmacéutico: salvadas por él mismo con conformidad del afiliado/tercero (NO válido para recetas electrónicas/digitales de validación obligatoria)
- Enmiendas del afiliado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

El día de la prescripción y los 29 días siguientes.

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

El afiliado presentará:

- Documento de Identidad
- Credencial definitiva o provisoria (según muestras)
- *Para el Plan Joven:* Credencial en la que se indica el plan de origen del beneficiario (A1, A2, A3. etc.).
- *Para Personal del Grupo Sancor Seguros:* No poseen credencial especial. Presentarán la credencial habitual del plan de origen (A2, A3, A4, JOVEN, etc.), pero en el sistema de validación ON LINE figurarán habilitados con una cobertura general de 70%.
- Si tuviera *Plan Materno Infantil* o alguna *Patología Crónica* con cobertura superior al 70%, prevalece la de mayor cobertura.
- En caso de que el beneficiario no figure habilitado según validación on line pero presenta la credencial provisoria (similar a las definitivas pero en papel – ver muestra) deberá ser atendido normalmente, adjuntando una copia a la receta para su presentación. Verificar fecha de vencimiento al momento del expendio.

DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR:

- Denominación de la Entidad (en caso de que el recetario no sea el oficial de la Entidad).
- Nombre y Apellido del paciente.
- N° de afiliado.
- Medicamentos recetados por principio activo, indicando una marca sugerida incluida en el Vademécum. Se rechazarán recetas que no presenten Principio Activo. Si el profesional indica una marca sugerida excluida del Vademécum, la farmacia debe efectuar el remplazo correspondiente respetando principio activo, concentración y forma farmacéutica.
- Cantidad de cada medicamento en números y letra.
- Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
- Firma y sello con número de matrícula y aclaración del profesional.
- Fecha de prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.
- No se aceptan enmiendas sobre corrector líquido.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
- Incluyendo el código de barras.
- Si no tiene troquel, colocar código de barra
- Adheridos con goma de pegar (no broches, no cinta adhesiva).
- No se aceptarán troqueles con leyendas, con signos de deterioro o uso previo, con diferencias de tamaño, grosor o color.
- Fecha de Venta.
- Número de transacción on line, debe indicarse en el encabezado de la receta "RT: XXXX", o bien puede imprimirse el comprobante que emite el sistema.
- Importes unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad y totales.
- En caso de adjuntar ticket fiscal, copia del mismo o comprobante de validación firmado por el afiliado o tercero, no será necesario valorizar la receta.
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo.
- Las enmiendas de precios deberán ser salvadas por el farmacéutico y por la persona que retira los medicamentos.



COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 n° 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar

Aclaración: la habilitación del Afiliado se procesará mediante validación online
Atención al Cliente por temas de normativa: (011) 4136-9090 – Fax (011)4136-9001

MODELOS DE RECETARIOS

Formulario de autorización electrónico

Prevenición Salud de SANCOR SEGUROS	
Autorización PMO N° Autorización: 1424185	
Afiliado	
N° Credencial	3683100018
Plan	A4
Fecha Autorización	10/08/2018
Condición de IVA	GRAVADO
Demandante	N A6522 Dr. Bosco Clarisa
Efecto	
Lugar de Atención	
Productos	
Producto	Cantidad
TANVIMIL E 400 mg caps.x 60	1
Observaciones	
Se autoriza TANVIMIL E 400 mg caps.x 60 x 1 caja. cobertura al 40% a cargo de prevención salud.-	
Firma del Afiliado DNI 22066574	
Nota: "El valor a abonar por esta prestación queda sujeta a los términos del convenio y/o presupuesto aceptado"	

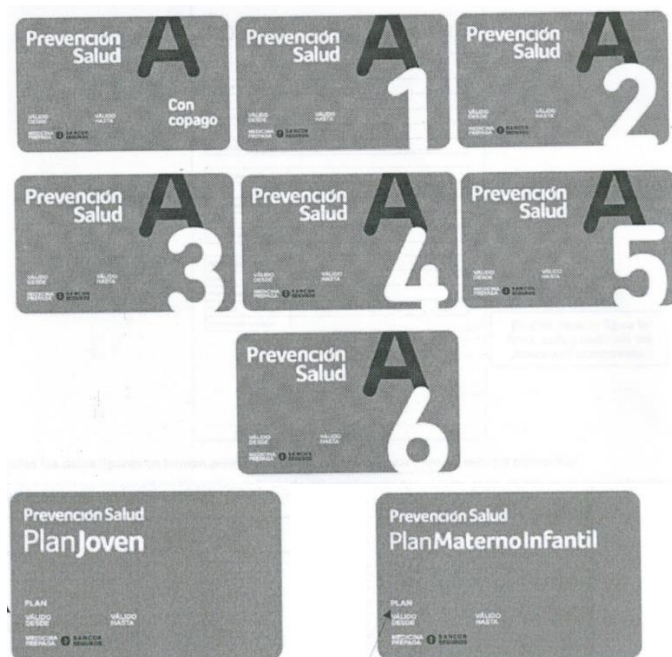
MODELOS DE CREDENCIALES



COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 n° 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30

www.colfarma.org.ar



RESUMEN

Carátula: on line
Cantidad: Una
Presentación: Mensual
Refacturación:

CUIT

30-68436191-7

CTRL F: para buscar palabra clave.

WEB: WWW.COLFARMA.ORG.AR /

Para consultas sobre esta norma de atención comunicarse a Mesa de Ayuda:

mail: ayudaonline@colfarma.org.ar / Tel: 0810 333 4133 / wsp: 011 51476648