

DATOS GENERALES

AUTORIZACION ON LINE

- Todos los planes.
- El número de afiliado es el que consta en la credencial.
Ej: 100103019 Cargar: 100103019
Se deberá realizar la autorización on line antes de facturar, ya que el sistema on line devolverá la cobertura correspondiente según condición del afiliado.

RECETARIO

TIPO

• PLAN GENERAL • INSULINAS CON PROVISIÓN • TIRAS REACTIVAS CON PROVISIÓN	• Recetario de todo tipo (particular o de instituciones). Se aceptan recetarios sin membrete, en blanco, o con publicaciones de medicamentos. • Receta Pre-Impresa con firma y sello original de puño y letra del profesional. • Receta Digital Impresa Llamando al Dr.
• LECHES CON PROVISIÓN	• Recetario de todo tipo, <u>acompañado de Formulario Autorización Especial PMO</u>
• AUT. C/VOUCHER PREVENCIÓN	• Voucher emitido por la obra social (contiene Nro. receta)
• AUTORIZACIONES ESPECIALES	• Recetario de todo tipo, <u>acompañado de Formulario Autorización Especial PMO</u>.

DATOS DEL AFILIADO

Los datos deben ser de puño y letra del profesional con la misma tinta.

- Nombre y Apellido
- Nro. Afiliado
- DIAGNÓSTICO (No excluyente)
- Medicamentos recetados por principio activo (puede indicar marca sugerida)
- Cantidad de cada medicamento
- Firma y sello del médico prescriptor
- Fecha de prescripción
- Conformidad del afiliado: Firma, aclaración, domicilio y DNI.

Si el Nro. de afiliado es poco legible o se encuentre incompleto, y/o la denominación de la entidad haya sido omitida por el profesional, la farmacia podrá salvarlo al dorso, indicando junto al nro. Consignado por el médico la frase “ver al dorso”. El beneficiario debe firmar nuevamente la conformidad.

- VALIDEZ DE LA PRESCRIPCIÓN: 30 días
- VALIDEZ DE LA PRESENTACIÓN: 90 días.

ACREDITACIÓN

- Credencial (Virtual o Física).
- Documento de Identidad

FIRMA DIGITAL

- Firma del que retira a través de Token (5 dígitos) el afiliado lo podrá solicitar desde su App Mi Credencial Prevención Salud

COBERTURAS

- PLANES DE ATENCION

Cod	PLAN DE ATENCIÓN	PLAN DE LIQUIDACIÓN	OBSERVACIONES		FORMA DE PAGO
30037	PLAN GENERAL	PLAN GENERAL	VAD ATCO 100% VAD CRÓNICOS 70%-100% VAD AMBULATORIO 40%-50%-60%-70% VAD PMI 100% % según Validación On – Line		A cargo Obra Social menos aporte
30502	LECHES CON PROVISIÓN	LECHES CON PROVISIÓN	VAD LECHES 100% Con formulario Autorización OS	C/PROV	20% del PVP
30926	AUT. C/VOUCHER PREVENCIÓN	AUT. C/VOUCHER PREVENCIÓN	% Según validación Online		A cargo Obra Social menos aporte
32577	TIRAS CON PROVISIÓN	TIRAS CON PROVISIÓN	% Según validación online	C/PROV	20% del PVP
32585	INSULINAS CON PROVISIÓN	INSULINAS CON PROVISIÓN	% Según validación online	C/PROV	15% del PVP

NORMAS DE PRESTACION

- CANTIDADES RECONOCIDAS
- Hasta 3 productos distintos por receta.
- Hasta 1 envase por renglón.
- Con leyenda “tratamiento prolongado” hasta 2 envases en uno sólo de los renglones.
- En todos los casos se aceptan hasta 2 (dos) envases grandes por Receta.
- Hasta 5 antibióticos inyec.monodosis (2 o más se consideran tamaño grande)
- Hasta 2 antibiótico inyec.multidosis (se considera tamaño grande)
- Leches: Según lo autorizado por Prevención Salud mediante Formulario Autorización PMO.
- Anticonceptivos: Hasta 2 envases mensuales y hasta 14 anules.
- TROQUELADO:
 - Si requiere troquel con código de barras. Si el producto no posee troquel adjuntar código de barras.
 - No se aceptan troqueles institucionales.
- VADEMECUM:
 - Vademécum o cobertura según plan y condición del afiliado determinado por el validador online.

- **DIAGNÓSTICO:** Si requiere (no será motivo de débito la falta de diagnóstico).
- **TICKET DE VENTA:** Se debe adjuntar copia del ticket fiscal de venta o mini receta a c/receta
- **PROHIBICIONES:** Todo producto rechazado por el validador online.

PROVISIÓN

- La provisión se realizará para:
 - INSULINAS.
 - TIRAS REACTIVAS.
 - LECHES.
- Una vez autorizadas las recetas a través del sistema Online, los productos serán provistos desde droguería en el transcurso de las 72 hs.
- Las recetas no presentadas dentro de los 30 días de la fecha de factura de la droguería tendrán un débito igual al importe de dicha factura.
- Para los recetarios que cuenten con prescripción de tiras e insulinas, se podrá presentar la receta original junto a los troqueles de insulinas y una copia junto a los troqueles de tiras reactivas.

OBSERVACIONES

- **AUTORIZACIONES ESPECIALES:** El formulario de autorización PMO es emitido por la obra social para permitir la dispensa de aquellas recetas que no cumplan con las normas generales de atención. En todos los casos el formulario será autorizado por la auditoría médica de corporación, con firma y sello del Gerente médico Dr. Matías Buffa. El formulario puede ser original (entregado por la OS) o impreso por el afiliado.
IMPORTANTE: Siempre debe estar acompañado del pedido médico correspondiente.
- **ANTICONCEPTIVOS y CRÓNICOS:** en caso de Voucher emitido desde la web de Prevención Salud la farmacia deberá validarlo a través del plan AUT. CON VOUCHER ingresando el Nro. de receta ya que el validador anulará el mismo. En caso que se trate de una prescripción médica particular deberá validarse por PLAN GENERAL.
- **VACUNAS NO INCLUIDAS EN EL CALENDARIO OFICIAL:** Sólo a través de Formulario de autorización PMO.
- **LECHES CON PROVISIÓN:** El afiliado debe presentar la prescripción médica junto al Formulario de Autorización PMO. Es requisito fundamental contar con Formulario + Receta médica.
- **INSULINAS:** deben validarse a través del plan INSULINAS CON PROVISIÓN. El sistema online devolverá la cobertura del 100% para aquellos afiliados empadronados en la OS.
- **TIRAS REACTIVAS:** deben validarse a través del plan TIRAS REACTIVAS CON PROVISIÓN. El sistema online devolverá la cobertura del 100% para aquellos afiliados empadronados en la OS.
-

MOTIVO DE DÉBITOS Y REFACTURACIONES

CÓDIGO	MOTIVO DÉBITO	REPRESENTABLE
1	CAMBIO DE TINTA Y/O ENMIENDA NO SALVADA	SI
2	DATOS ILEGIBLES DE QUIEN RETIRA	SI
6	FALTA CONFORMIDAD DE QUIEN RETIRA LOS MEDICAMENTOS	SI

7	FALTA DOCUMENTACION RESPALDATORIA - Receta o Formulario PMO	SI
8	FALTA FECHA DE EMISION	SI
8	FALTAN DATOS DEL AFILIADO	SI
8	FALTA OBRA SOCIAL	SI
12	FALTA SELLO DE FARMACIA/ SELLO ILEGIBLE	SI
15	FALTA TROQUEL	SI
16	FECHA DE EMISION ERRONEA/INCOMPLETA/POSTERIOR A LA AUTORIZACIÓN	SI
16	RECETA VENCIDA	SI
16	FECHA DE VENTA ANTERIOR A FECHA DE EMISION	SI
22	NO INDICA TRATAMIENTO PROLONGADO	SI
23	PRINCIPIO ACTIVO INCOMPLETO	SI
24	NO SALVA N° AFILIADO	SI
25	NO SE ACEPTA PRESCRIPCION POR NOMBRE COMERCIAL	SI
25	NO SE RESPETA PRESCRIPCION DE ENTREGA MÍNIMA DEL MEDICAMENTO	SI
30	RETIRA EMPLEADO/A	SI
36	FALTA TICKET VALIDADOR	SI
46	FALTA SELLO DEL PROFESIONAL/ DATOS ILEGIBLES DEL PROFESIONAL	SI
50	NO CORRESPONDE PLAN DE VALIDACIÓN	SI
8	FALTA PRINCIPIO ACTIVO	NO
15	TROQUEL INSTITUCIONAL /TROQUEL PROMOCIONAL	NO
23	NO RESPETA PRINCIPIO ACTIVO	NO
24	N° AFILIADO ERRONEO	NO
29	RECETA NO PERTENECIENTE AL PERIODO A LIQUIDAR >120	NO
45	NO SE ENTREGA CANTIDAD AUTORIZADA	NO
51	PORCENTAJE COBERTURA ERRÓNEO	NO

- **REFACTURACIONES:** Para aquellas recetas debitadas que sean refacturables, se podrán refacturar enviándolas en carátula aparte indicando en esta "REFACTURACIONES". En ningún caso debe realizarse nuevamente la validación online.

• MODELOS FORMULARIOS

- **FORMULARIO PMO DE AUTORIZACIONES ESPECIALES y LECHEs CON PROVISIÓN:** (debe acompañarse siempre de la receta médica correspondiente)

Prevención Salud
de SANCOR SEGUROS

Autorización PMO N° Autorización: 1474185

Afiliado

N° Credencial: 3683100018

Plan: A4

Fecha Autorización: 10/08/2018

Condición de IVA: GRAVADO

Demandante: N° 46522 Dr. Bosco Cárdena

Elector:

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.


Matías Buffa
Gerente Médico - Prevención Salud


Firma del Afiliado
DNI: 22066574

Nota: "El valor a abonar por esta prestación queda sujeto a los términos del convenio y/o presupuesto aceptado"

FECHA DE VIGENCIA: 14/05/24

- **MODELO DE VOUCHER PARA ANTICONCEPTIVOS – CRÓNICOS:**
(Contiene nro. de receta que debe ser validado)



Nro. de Receta: 217

Nombre y Apellido: JUJIA GH SCLF

Nro de afiliado: 1032180034

Administración gestora:

camp. nro y 35

1. Brevetas

Producto sugerido: ALELI

Diagnóstico: Anticonceptivos orales

DR. BOSCO LEANDRO

Fecha: 20/12/2018

Nat. A6150

0010 000 0010 Atención al afiliado

0010 555 1055 Atención al Prescriptor

Lunes a Viernes de 0 00 a 20 00 hs

info@prevencionsalud.com.ar

La medicina prepaga que
se adapta a vos.

www.prevencionsalud.com.ar