

SALUD SEGURA MAX

El presente formulario - receta está diseñado para que el médico tratante pueda repetir la prescripción de medicamentos a pacientes que ya se encuentran inscriptos en determinado/s programa/s o patología/s; es decir, que previamente han cumplimentado y enviado una primera solicitud en formulario correspondiente. Por lo tanto, este formulario sólo será válido para repetición del tratamiento de la patología en la que ya está registrado el paciente, e incluso cambiar monodrogas y/o dosis que se hubieran solicitado en relación a la enfermedad oncológica informada. Si el profesional desea consignar una nueva enfermedad, y requerir su medicación correspondiente, deberá llenar con este fin un nuevo formulario, donde consignará todos los datos requeridos para esa enfermedad. PARA EVITAR DEMORAS EN LA ENTREGA DE SUS MEDICAMENTOS, LE SOLICITAMOS QUE HAGA CONFECCIONAR EL PRESENTE FORMULARIO APROXIMADAMENTE UNOS 20 DÍAS ANTES DE QUE SE TERMINE LA MEDICACIÓN QUE ACTUALMENTE ESTÁ CONSUMIENDO.

CONTACTENOS: Para evacuar cualquier consulta relativa al estado de su trámite puede comunicarse al Tel: 0800-444-28500 durante las 24 hs. los 365 días del año.
 Señor Profesional: Ponemos a su disposición nuestra página web WWW.SANCORSEGUROS.COM, donde podrá encontrar protocolos en uso, vademécum, e información útil a los fines de cumplimentar las normas de uso que avalan los programas en los que se inscriba su paciente.

PÓLIZA	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA A CORPORACIÓN
NRO. DE SINIESTRO		

TOMADOR O TITULAR	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL												
	TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> CUIT				NRO.:		-		-				
	CALLE:						NRO.		PISO		DTO.		
	CÓD. POSTAL			LOCALIDAD				PROVINCIA		TELÉFONO			

ASEGURADO ATENDIDO	APELLIDO Y NOMBRES											
	TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI				NRO.:							FECHA DE NACIMIENTO

PROFESIONAL TRATANTE	APELLIDO Y NOMBRES												
	MATRÍCULA			ESPECIALIDAD				MATRÍCULA ESPECIAL					
	INSTITUCIÓN												
	CALLE						NRO.		PISO		DTO.		
	CÓD. POSTAL			LOCALIDAD				TELÉFONO		TELÉFONO CELULAR			
	E-MAIL (CORREO ELECTRÓNICO)												

LUGAR DE ENTREGA DE MEDICAMENTO	CALLE						NRO.		PISO		DTO.		
	CÓD. POSTAL			LOCALIDAD				TELÉFONO		TELÉFONO CELULAR			
	HORARIO SUGERIDO:												

DIAGNÓSTICO / TIPIFICACIÓN - EXTENSIÓN / ESTADIFICACIÓN:

.....

.....

DATOS QUE JUSTIFIQUEN LA RENOVACIÓN Y/O MODIFICACIÓN DE LA MEDICACIÓN ANTERIORMENTE SOLICITADA:

.....

.....

LA MEDICACIÓN SOLO PODRÁ SER PRESCRITA POR EL MÉDICO ONCÓLOGO O REFERENDADO POR EL MISMO	TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA POR DCI	FORMA FARMAC.	DOSIS/UNIDADES	CANTIDAD TOTAL REQUERIDA
	NOTA: 1- Prescripción: "toda la prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración" (Ley 25649, art. segundo). 2- Especialidades: La prescripción en diabetes deberá ser realizada por endocrinólogo o clínico y las de Programa Psiconeuronex, por neurólogo, psiquiatra, neurocirujano o internista. Para el resto de las patologías, el médico tratante.				
	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO			FECHA: ____/____/____	

ADJUNTO FOTOCOPIA DOCUMENTO DE IDENTIDAD