



DIVISION SEGUROS DE
PERSONAS



FORMULARIO DE RECETA



PARA REPETICIÓN DE TRATAMIENTO EN PACIENTES YA EMPADRONADOS

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 programa/s o patologia/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 patologia 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 DIAS 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. del día, 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.

POLIZA	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.	SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL
NRO. DE SINIESTRO			

TOMADOR o TITULAR	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL											
	TIPO DE DOCUMENTO O CUIT					NRO. DE DOCUMENTO O NRO. DE CUIT						
	DNI	LE	LC	CI	CUIT							
	CALLE						NRO.	PISO	DTO.			
	COD. POSTAL			LOCALIDAD			PROVINCIA		TELEFONO			

ASEGURADO ATENRIDO	APELLIDO Y NOMBRES											
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO				FECHA DE NACIMIENTO			
	DNI	LE	LC	CI								

PROFESIONAL TRATANTE	APELLIDO Y NOMBRE											
	MATRICULA				ESPECIALIDAD				MATRICULA ESPECIAL			
	INSTITUCION											
	CALLE						NRO.	PISO	DTO.			
	COD. POSTAL			LOCALIDAD			TELEFONO		TELEFONO CELULAR			
	E-MAIL (CORREO ELECTRONICO)											

LUGAR DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS	CALLE						NRO.	PISO	DTO.
	COD. POSTAL			LOCALIDAD			PROVINCIA	TELEFONO	
	HORARIO SUGERIDO:								

DIAGNOSTICO / TIPIFICACION - EXTENSION / ESTADIFICACION:
.....
.....

DATOS QUE JUSTIFIQUEN LA RENOVACION Y/O MODIFICACION DE LA MEDICACION ANTERIORMENTE SOLICITADA:
.....
.....

SOLO PODRA SER PRESCRIPTA POR EL MEDICO ONCOLOGO O REFRENDADO POR EL MISMO	TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA POR DCI	FORMA FARMAC.	DOSIS/ UNIDADES	DOSIS DIARIA	FECHA DE UTILIZACION
	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 MEDICO		FECHA: / /				

ADJUNTO FOTOCOPIA	<input type="checkbox"/> DOC. DE IDENTIDAD
-------------------	--------------------------------------------