

## Instructivo para Farmacias y Entidades Farmacéuticas

### A. Facturas:

- Deberá emitirse una Factura tipo “A” (Responsables Inscriptos) o tipo “C” (Exentos o Monotributistas) a nombre de **Sancor Seguros Integro**, CUIT 30-50004946-0 (inscripto ante el IVA, exento en el impuesto a las ganancias e Ingresos Brutos).
- En caso de no haber presentado las correspondientes constancias de inscripción en los organismos respectivos, deberá remitirlas con la factura, condición indispensable para realizar el pago.
- Se requiere una única o varias facturas detallando todos los accidentados atendidos durante un lapso de tiempo (mensual o quincenal).  
El concepto que se debe colocar en las facturas debe ser “Seguro de Accidentes Personales Íntegro”.
- No se admitirá para el pago la presentación de fotocopias o duplicados de la factura original.
- Las facturas, junto con la documentación respaldatoria, deberán remitirse a Sancor Seguros Casa Central, Lainez 58, CP 2322 Sunchales (Santa Fe), indicando en el sobre “Facturación Sancor Seguros Integro”
- Ante la aplicación de débitos a su facturación, solicitaremos las Notas de Crédito previo al pago, o una factura nueva con el importe a abonar.  
Si las facturas con electrónicas, podrán ser enviadas a la casilla [FacturacionIntegro@sancorseguros.com](mailto:FacturacionIntegro@sancorseguros.com) Si no cuenta con factura electrónica, enviarla por correo postal a Av. Independencia 333, CP 2322 Sunchales (Santa Fe).
- Reconocimiento de débitos: Ante la eventualidad de posteriores reconocimientos de débitos, se deberá realizar una nueva facturación por el importe correspondiente al reconocimiento.

B. Prescripción o Receta Médica:

La prescripción o receta médica deberá ser Original y contener los siguientes datos:

- Nombre y apellido del accidentado (Obligatorio).
- Número de DNI o Número de CUIL del Accidentado (Obligatorio).
- Nombre y Número de CUIT de la Empresa (Opcional).
- Detalle de Medicamentos, Materiales Descartables y Ortesis (Obligatorio).
- Cantidades de Medicamentos, Materiales Descartables y Ortesis, en números y letras (Obligatorio).
- Fecha de emisión (Obligatorio).
- Firma y sello del profesional que prescribió, con número de Matrícula Legible (Obligatorio).

C. Enmiendas:

- Las correcciones y enmiendas en las recetas deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma.
- Las correcciones y enmiendas sobre datos del beneficiario podrán ser salvadas por el farmacéutico con su sello y firma y conformidad prestada por el beneficiario y/o tercero.
- Las correcciones y enmiendas en el Comprobante Fiscal (Ticket o Factura Tipo “A” o “C”) podrán ser salvadas por el farmacéutico con su sello y firma.

D. Datos a cumplimentar por la Farmacia:

- Troqueles de medicamentos adheridos a la prescripción médica (Obligatorio).
- Firma, aclaración y Número de DNI de la persona que retira la medicación (Obligatorio).
- Fecha de dispensación / Fecha de Venta (Obligatorio).
- Importes unitarios y totales (Obligatorio).
- Cantidades Entregadas de cada Medicamento, Material Descartable y Ortesis descriptas (Obligatorio).
- Sello y firma del farmacéutico (Obligatorio).
- Adjuntar copia de la denuncia de accidente por cada siniestro, o la autorización correspondiente (Opcional).
- Solicitamos presentar las recetas debidamente Foliadas (Obligatorio).

E. Valores:

Se reconocerán los precios de venta al público que figuren en las listas de precios dictados por autoridad competente a la fecha de la prestación menos los eventuales porcentajes de bonificación pactados con la farmacia.

F. Auditoría de Facturación:

La misma será realizada por el área de Auditoría de Prestadores del Grupo Sancor Seguros, quien se reserva el derecho de solicitar informes y/o cualquier documentación ampliatoria que considere necesaria.

El incumplimiento de algunos de los puntos mencionados anteriormente, puede ocasionar Débitos o Devoluciones de las prestaciones facturadas.

G. Motivos de Débitos:

Motivo Debito/Devolución	Descripción
Falta fecha de emisión	Cuando no figura la fecha de emisión en el comprobante o la misma es anterior a la de prescripción.
Enmiendas no salvadas.	Cuando existieron enmiendas importantes y evidentes, no salvadas por el médico, por la farmacia, o por el afiliado, según corresponda. (Las enmiendas en el número de orden deberán estar debidamente salvadas).
Troquel no coincide con la prescripción.	Se emplea cuando lo prescripto no coincide farmacológicamente con lo expendido El profesional médico prescriptor deberá convalidar el cambio, de modo de que coincida lo vendido con lo prescripto, con su sello, firma y aclaración diciendo VALE.
Falta firma del afiliado.	O de quien retira en su nombre.
Faltan datos de terceros.	Cuando no figuren el N° de documento o el domicilio de quien retira la prescripción.
Agregado no salvado por el profesional.	Se verificó que el agregado de medicamentos en la prescripción de medicamentos fue evidente y se constató que el error no se encontraba salvado por el profesional en ningún lugar de la receta.
Distinta letra y/o tinta del profesional.	Se corroboró fehacientemente que existían cambios en el tipo de letra o en la tinta entre los datos de prescripción, fecha, nombre y número de afiliación del paciente, firma, matrícula y nombre del médico, descartándose previamente aquellos casos no evidentes .Se constató que el error no se encontraba salvado por el facultativo en ningún lugar de la receta.
Falta firma del medico.	No se la encuentra en ningún lugar de la receta.
Falta sello del médico.	Se verificó previamente que éste no existía en ninguna cara de la receta.

Falta rótulo del medicamento.	Se aplicará cuando falta algún troquel de los medicamentos expendidos en la receta
Cantidad entregada mayor a la recetada.	Se aplica cuando se vende un medicamento en mayor cantidad a la prescripta por el médico.
No envían comprobante de pago fiscal (*)	Se aplicara cuando el prestador envíe un Ticket o Factura No Fiscal
Comprobante de pago Tipo B	Se aplicara cuando el prestador envíe un comprobante de pago Tipo B. Sancor Seguros Integro solo reconoce comprobantes de Tipo A o C. Los Ticket de Farmacias sin tipo se tomaran como Tipo A cuando la farmacia sea Responsable Inscripta
Comprobantes de Pago a Nombre del Accidentado, Empresa u otra institución	Se aplicara cuando el comprobante de pago NO este dirigido a Sancor Seguros Integro y el N° de CUIT no sea el de Sancor Seguros Integro
El Empleador no se encuentre adherido a Sancor Seguros Integro	Se aplicara cuando el empleador no está adherido a Sancor Seguros Integro
No exista siniestro abierto en Sancor Seguros Integro	Se aplicara cuando el empleador está adherido a Sancor Seguros Integro pero no hay un siniestro abierto y además no se adjunta la denuncia para poder abrir el siniestro.
Importe del Medicamento sea mayor que el precio del Mercado	se aplicara cuando el importe facturado del medicamento sea mayor al importe de AlfaBeta
Error en el Calculo del Comprobante	se aplicara cuando se registre un error de suma en los comprobantes
Bonificación	Se realiza en forma automática en el sistema de Sancor Seguros Integro cuando el prestador tiene una Bonificación pactada con Sancor Seguros Integro.
Fecha de Prestación Incorrecta	Se aplicara cuando la fecha de Prescripción sea menor a la fecha de accidente o más de 10 días de la fecha de Alta o reclazo del siniestro
Falta fecha de prescripción	Se aplicara cuando falte la fecha de prescripción en la receta medica
Falta Fecha de Venta	Se aplicara cuando en la receta no se detalle la fecha de venta de los medicamentos
Falta Prescripción o Pedido Medico	Se aplicara cuando la farmacia no adjunte al comprobante, el pedido medico o la receta

## Formulario de transferencia electrónica

**.FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN - PAGO ELECTRÓNICO -**  
 DATOS DE IDENTIFICACIÓN


Razón Social: .....

CUIT N°: ..... Contrato N°: .....

Domicilio: ..... Localidad: .....

E-mail: ..... Celular (para notificación vía SMS): .....

## DATOS DE LA CUENTA BANCARIA

TIPO DE CUENTA (solamente en pesos)  Cuenta Corriente  Caja de Ahorro

SUCURSAL DEL BANCO: (N° y Nombre) .....

TITULAR DE LA CUENTA: .....

CUIT TITULAR DE LA CUENTA .....

NUMERO DE CUENTA .....

CBU

<input type="checkbox"/> ABN-AMRO BANK	<input type="checkbox"/> BANCO DEL TUCUMÁN S.A.	<input type="checkbox"/> STANDARD BANK S.A.
<input type="checkbox"/> BANCO CIUDAD DE BUENOS AIRES	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL S.A.	<input type="checkbox"/> BANCO HIPOTECARIO S.A.
<input type="checkbox"/> BANCO CMF S.A.	<input type="checkbox"/> BANCO FINANSUR	<input type="checkbox"/> BBVA BANCO FRANCÉS
<input type="checkbox"/> BANCO COMAFI S.A.	<input type="checkbox"/> BANCO GALICIA	<input type="checkbox"/> BNP PARIBAS
<input type="checkbox"/> BANCO CREDICOOP COOP. LTDO.	<input type="checkbox"/> BANCO MUNICIPAL DE ROSARIO	<input type="checkbox"/> CITIBANK N.A.
<input type="checkbox"/> BANCO DE CÓRDOBA	<input type="checkbox"/> BANCO INDUSTRIAL	<input type="checkbox"/> DEUTSCHE BANK S.A.
<input type="checkbox"/> BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA	<input type="checkbox"/> BANCO ITAÚ BUEN AYRE S.A.	<input type="checkbox"/> HSBC BANK ARGENTINA S.A.
<input type="checkbox"/> BANCO DE LA PAMPA S.E.M.	<input type="checkbox"/> BANCO MACRO	<input type="checkbox"/> MBA BANCO DE INVERSIONES S.A.
<input type="checkbox"/> BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES	<input type="checkbox"/> BANCO MARIVA S.A.	<input type="checkbox"/> NUEVO BANCO DEL CHACO S.A.
<input type="checkbox"/> BANCO DE SAN JUAN S.A.	<input type="checkbox"/> BANCO PATAGONIA S.A.	<input type="checkbox"/> NUEVO BANCO BISEL
<input type="checkbox"/> BANCO DE SANTA CRUZ S.A.	<input type="checkbox"/> BANCO PROVINCIA DEL NEUQUÉN S.A.	<input type="checkbox"/> NUEVO BANCO DE ENTRE RÍOS S.A.
<input type="checkbox"/> BANCO DE SERVICIOS Y TRANSACCIONES	<input type="checkbox"/> BANCO REGIONAL DE CUYO S.A.	<input type="checkbox"/> NUEVO BANCO DE SANTA FE
<input type="checkbox"/> BANCO DE TIERRA DEL FUEGO	<input type="checkbox"/> SANTANDER RÍO	<input type="checkbox"/> BANCO SANTIAGO DEL ESTERO
<input type="checkbox"/> BANCO DEL CHUBUT S.A.	<input type="checkbox"/> BANCO SUPERVIELLE	<input type="checkbox"/> BANCO DE CORRIENTES
<input type="checkbox"/> OTROS: .....		

**TRANSFERENCIA ELECTRONICA DE FONDOS**

\*Por medio del presente autorizo a PREVENCIÓN ART SA a efectuar el pago por alguno de los siguientes conceptos:

\* servicios prestados,  
 \* reintegro de lo abonado en concepto de prestaciones dinerarias por Incapacidad Laboral Temporaria realizado por cuenta de esa Aseguradora de Riesgos del Trabajo (Art. 8 Dec. 491/97) a los trabajadores damnificados por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales,  
 \* prestaciones dinerarias de pago mensual establecida en el Art. 14 de la ley 24.557 que me corresponde por mi Incapacidad Laboral Permanente Provisoria, hasta tanto se declare el carácter definitivo de la misma, y/o por anticipos de prestaciones dinerarias correspondientes a Incapacidad Permanente Parcial Definitiva  
 \* así como todo pago cuyo destinatario sea la empresa que represento  
 a través del sistema de Transferencia Electrónica de Fondos, declarando bajo juramento la existencia de la cuenta bancaria y la veracidad de los datos que proporciono respecto de la misma, liberando a PREVENCIÓN ART SA de toda responsabilidad por los pagos efectuados a la cuenta cuyos datos figuran en el presente.-  
 En caso de modificaciones a los mismos, los depósitos serán exigibles en la nueva cuenta a partir de los 15 días de la recepción de la comunicación fehaciente de tal circunstancia a PREVENCIÓN ART SA.-

**COMPENSACIÓN**

\*Doy expresa conformidad para que PREVENCIÓN ART SA proceda a compensar mis créditos originados en los conceptos precedentemente indicados, con deudas mantenidas con esa Aseguradora motivadas en la falta de pago de alícuotas aplicables al contrato de afiliación celebrado, imputándose a la cancelación parcial o total de ese concepto.-\*

Importante: Para considerar válido el presente formulario, debe estar firmado por el titular de la empresa.