

343 SANCOR OSSACRA

SANCOR OSSACRA

Fecha de vigencia: 01/07/14

NRO.: 15

DATOS GENERALES

- **AUTORIZACION TELEFONICA / ON LINE**

- .Todos los planes.
- .El número de afiliado es el que consta en la credencial. Se deberá cargar .a partir del primer numero distinto de cero y sin las barras divisorias.
- .Ej: 011530/00 Cargar: 11523000
- .Cuando el pedido de autorización sea rechazado con el mensaje "Afiliado no .existe en padrón", el afiliado debe dirigirse a su Obra Social.
- .Afiliados con complemento, cargar como coseguro la O.S. y plan que indica .la credencial que ese afiliado tiene para el complemento y el N° de .afiliado que figura en la misma.

TICKET DE VENTA

- **TICKET DE VENTA**

- .Se debe adjuntar copia del ticket fiscal de venta o minireceta a c/receta.

RECETARIO

- **TIPO**

- .Particular. A partir del 1 de Julio se discontinúa la utilización de .recetarios de medicamentos, los Asociados podrán continuar utilizando los .recetarios que tengan en su poder y que ya cuenten con la prescripción .médica, por lo que durante los próximos meses coexistirán ambas .modalidades.

- **VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION**

- .15 días.
- .Internación: 5 días

BENEFICIARIO

- **DATOS DEL AFILIADO**

- .Ambulatorio PMI y Crónico: Todos los que la receta exija.
- .Internación: Apellido, Nombre, Plan, Fecha prescripción y venta, Precios .unitarios y totales, firma y sello del profesional prescriptor.
- .Conformidad del afiliado: firma, aclaración, DNI y domicilio.

- **ACREDITACION**

- .Credencial OSSACRA.
- .Documento de Identidad
- .Crónico: Credencial " Programa cronicidad".
- .Plan Materno Infantil: Credencial PMI Bebe o Credencial PMI Mamá.

Continúa

343 SANCOR OSSACRA

SANCOR OSSACRA

Fecha de vigencia: 01/07/14

NRO.: 15

COBERTURAS• **PLANES DE ATENCION**

.01 PLAN C	D/Vad. 40% PVP
.02 PMI C	D/Vad. PMI 100% PVP D/Vad.40% PVP
.03 AUT. ESPEC.FORM 4 - INTERNACION	Porcentaje Aut. Obra Social
.04 PLAN OS	D/Vad 40% PVP
.05 PMI OS	D/Vad.PMI 100% PVP D/Vad.40% PVP
.12 CRONICOS	D/Vad. 70% Precio de Referencia D/Vad. 100% PVP

NORMAS DE PRESTACION• **CANTIDADES RECONOCIDAS**

- .Hasta 2 productos distintos por receta.
- .Hasta 2 envases chicos o 1 grande en uno solo de los renglones.
- .Hasta 5 antibióticos inyec.monodosis (2 o mas se considera tamaño grande).
- .Hasta 2 antibiótico inyec.multidosis (se considera tamaño grande).
- .Leche Medicamentosa: Hasta 4 kg por receta dte.los 3 primeros meses, con autorización de la Obra Social.
- .Aut. Espec. Form N° 4- Internación: según lo autorizado por la Obra Social.

• **TROQUELADO**

- .Si requiere troquel con código de barras.

• **VADEMECUM**

- .Vad. RES. 310/04
- .Vad. SANCOR PMI
- .Vad. SANCOR CRONICOS

• **PROHIBICIONES**

- .Todos los productos fuera de vademécum.

• **RECONOCIMIENTOS**

- .El formulario N 4 se emitirá desde el Centro de Autorizaciones o Posiciones Regionales, según corresponda, y será válido para la autorización de los medicamentos que requieran de Autorización Previa. No es necesario la firma y sello del Médico Auditor.

• **DIAGNOSTICO**

- .Si requiere.