

346 SANCOR SALUD

SANCOR SALUD

Fecha de vigencia: 22/04/16

NRO.: 17

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: 011520/00 Cargar: 1152000
- .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**

- .Plan 5, 22, 23 Y 25: Particular.
- .Plan 6: Oficial o Particular.
- .Internación: Receta del médico con la leyenda "Paciente Internado".
- .Plan 14: Particular (credencial correspondiente a PMI).
- .Plan 15: Recetario Oficial identificado con la leyenda en la parte superior.
- .Formulario N° 4

- **VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION**

- .15 días.
- .Formulario N° 4: 30 días

BENEFICIARIO

- **DATOS DEL AFILIADO**

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

- **ACREDITACION**

- .Credencial Sancor Salud.
- .Plan Materno Infantil: Credencial Identificatoria de PMI Bebe o PMI Mama.
- .Documento de Identidad
- .Crónico: Credencial "Programa Cronicidad".

Continúa

346 SANCOR SALUD**SANCOR SALUD**

Fecha de vigencia: 22/04/16

NRO.: 17

COBERTURAS• **PLANES DE ATENCION**

.05 4065 4000 3000 3000 E 2000 1000 500	40 % PVP
.06 PLAN C	D/Vad 40 % PVP
.14 PMI 4000 3000 2000 1000 500	100 % PVP 40 % PVP
.15 PMI PLAN C	D/Vad % PMI 100 % 40 %
.20 CRONICOS	D/Vad. 70 ó 100 %
.21 AUT. ESPEC.FORM 4 - INTERNACION	Porcentaje Aut. Obra Social
.22 4065 4000 3000 3000 E 2000 1000	50 % PVP
.23 4000 3000 3000 E 2000 1000	60 % PVP
.25 PLAN LINEA DORADA	60 % PVP
.26 70% 1070 2070 3070 4070 5070	70 % 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 consideran 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: según lo autorizado por la Obra Social.

• **TROQUELADO**

- .Si requiere troquel con código de barras.

• **VADEMECUM**

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

• **PROHIBICIONES**

- .Albúminas, Plasma y Expansores Plasmáticos.
- .Anestésicos topicos. (Exceptos en Internación).
- .Anorexígenos Tratamientos locales o sistémicos p/obesidad Anticelulíticos.
- .Anticonceptivos y/o Anovulatorios.
- .Antihemofílicos.
- .Antioxidantes.
- .Antisépticos, Anestésicos bucofaringeos.
- .Antitabáquicos / Antitoxicos.
- .Bioenergizantes.
- .Cariostáticos.
- .Cicatrizantes.
- .Cintas y Reactivos de diagnóstico.
- .Colagogos.
- .Dentífricos y pastas gingivales.

346 SANCOR SALUD

SANCOR SALUD

Fecha de vigencia: 22/04/16

NRO.: 17

- .Diagnóstico de amenorrea.
- .Disfunciones sexuales masculinas.
- .Emolientes y humectantes.
- .Esclerosantes.
- .Hormona para el crecimiento.
- .Inmunomoduladores e Inmunosupresores.
- .Insulinas.
- .Interferones.
- .Jabones medicamentosos.
- .Leches de todo tipo. (Excepto en PMI con autorización)
- .Limpiadores de la piel acneica.
- .Lubricantes oculares.
- .Medicamentos con Palivizumab, Riluzol, Teicoplanina, Linezolid, Etanercept.
- .Oncológicos y coadyuvantes al tratamiento.
- .Parasimpaticomimeticos. (Excepto en Internación).
- .Pediculicidas.
- .Prohibiciones Generales.
- .Queratoliticos.
- .Reblandecedores del cerumen.
- .Relajante muscular y neuromuscular.
- .Sin troquel.
- .Solvente indoloro. (Salvo en Internación)
- .Surfactantes Pulmonares.
- .Tobramicinas inyectables.
- .Tratamiento contra el SIDA.
- .Tratamiento polineuritis diabética.

- **RECONOCIMIENTOS**

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

- **DIAGNOSTICO**

- .Si requiere.