

# 344 SANCOR AMPS

## ASOCIACION MUTUAL PERSONAL SANCOR

Fecha de vigencia: 01/06/14

NRO.: 12

### DATOS GENERALES

- **AUTORIZACION TELEFONICA / ON LINE**
  - .Todos los planes.
  - .El numero de afiliado es el que consta en la credencial.
  - .Se deberá cargar a partir del primer número distinto de cero, sin las barras divisorias y sin el cero que precede al parentesco.
  - .Ej: 0355/03/01 Cargar: 355031
  - .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**
  - .Ambulatorio y Crónico: Oficial.
  - .Internación: receta medico con leyenda "Paciente Internado".
  - .PMI: Oficial identificado con leyenda en la parte superior.
  - .Formulario N° 4.
- **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 prescriptor.
  - .Conformidad del afiliado: firma, aclaración, domicilio y DNI.
- **ACREDITACION**
  - .Credencial.
  - .Documento de Identidad
  - .Crónico: Credencial "Programa de Cronicidad".

*Continúa*

# 344 SANCOR AMPS

## ASOCIACION MUTUAL PERSONAL SANCOR

Fecha de vigencia: 01/06/14

NRO.: 12

### COBERTURA

- **PLANES DE ATENCION**

|   |   |
|---|---|
| .01 AMCD AMCC AMADH AMJUB A500 A1000                | 35 % PVP  |
| .14 PMI AMCD AMCC AMADH AMJUB A500 A1000 D/Vad. PMI | 100 % PVP 35 % PVP                                  |
| .15 AUT. ESPEC.FORM 4 - INTERNACION                 | Porcentaje Aut. Obra Social                         |
| .18 A4000 A3000 A2000                               | 40 % PVP  |
| .20 PMI A4000 A3000 A2000                           | D/Vad. PMI 100 % PVP 40 % PVP                       |
| .21 CRONICOS  | D/Vad. 70% Precio de Referencia.<br>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 consideran tamaño grande)
- .Hasta 2 antibiótico inyec.multidosis (se considera tamaño grande).
- .Leche Medicamentosa: Hasta 4 kg por mes durante los 3 primeros meses autorizadas por Médico Auditor.
- .Aut. Espec. Form N° 4: según lo autorizado por la Obra Social.

- **TROQUELADO**

- .Seguro: Si requiere troquel con código de barras.
- .Coseguro: Adjuntar fotocopia de la O.S. Ppal. con los troqueles adheridos.

- **VADEMECUM**

- .Vademécum RES.310/04
- .Vademécum SANCOR P.M.I.
- .Vademécum SANCOR CRONICOS.

- **PROHIBICIONES**

- .**Planes Sin Vademécum:**

- .Albúminas, Plasma y Expansores Plasmáticos.
- .Anestésicos topicos (Excepto en Internación).
- .Anorexígenos Tratamientos locales o sistémicos p/obesidad Anticelulíticos.
- .Anticonceptivos y/o Anovulatorios.
- .Antihemofilicos.
- .Antioxidantes.
- .Antisepticos. Anestesicos bucofaringeos.
- .Antitabáquicos / Antitoxicos.
- .Bioenergizantes.
- .Cariostaticos.
- .Cicatrizantes.
- .Cintas y Reactivos de diagnóstico.
- .Colagogos.
- .Dentífricos y pastas gingivales.
- .Diagnostico de amenorrea.
- .Disfunciones sexuales masculinas.
- .Emolientes y humectantes.
- .Esclerosantes.

**344 SANCOR AMPS****ASOCIACION MUTUAL PERSONAL SANCOR**

Fecha de vigencia: 01/06/14

NRO.: 12

- .Hormona para el crecimiento.
- .Inmunomoduladores e Inmunosupresores.
- .Insulinas.
- .Interferones.
- .Jabón medicamentosos.
- .Leches de todo tipo. (Excepto en PMI con autorización).
- .Limpiadores de piel acneica.
- .Lubricantes oculares.
- .Medicamentos con Palivizumab, Riluzol, Teicoplanina, Linezolid, Etarnecept.
- .Medios de contraste no ionicos.
- .Oncológicos y coadyuvantes al tratamiento.
- .Parasimpaticometicos. (Excepto en Internación).
- .Pediculicidas.
- .Prohibiciones Generales.
- .Queratoliticos.
- .Reblandecedores del cerumen.
- .Relajante muscular y neuromuscular.
- .Sin troquel.
- .Solvente indoloro. (Salvo en Internación).
- .Surfactantes Pulmonares.
- .Tobi, Mestion, Pacis.
- .Tratamiento contra el SIDA.
- .Tratamiento polineuritis diabética.
- .Planes con Vademécum:**
- .Todos los productos fuera de vademécum.
- **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.

**OBSERVACIONES**

- **MODALIDAD DE FACTURACION**
- .Planes que actúan como complemento: Deberá realizarse el descuento facturando una fotocopia de la receta de la Obra Social principal, a la cual se le debe agregar en el margen superior el número que ese afiliado tiene en el complemento. Si el medicamento tiene cobertura únicamente por el complemento, el troquel deberá estar pegado en la fotocopia.
- .El afiliado deberá firmar su conformidad colocando aclaración, domicilio y y D.N.I en el ticket del ON LINE, o en el dorso de la fotocopia si la autorización es telefónica.