

345 SANCOR OSPERSAMS

SANCOR OSPERSAMS

Fecha de vigencia: 01/07/14

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 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**

- .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 de prescripción y venta, precios .unitarios y totales, firma y sello del prescriptor.
- .Conformidad del afiliado: firma, aclaración, domicilio y DNI.

- **ACREDITACION**

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

Continúa

345 SANCOR OSPERSAMS

SANCOR OSPERSAMS

Fecha de vigencia: 07/07/14

NRO.: 12

COBERTURAS

• PLANES DE ATENCION

.07 PLAN OS	D/Vad. 40 % PVP
.16 PMI OS	D/Vad. PMI 100 % PVP D/Vad. 40 % PVP
.20 CRONICOS	D/Vad. 70% Precios de Referencia. D/Vad. 100% PVP
.21 AUT. ESPEC.FORM 4 - INTERNACION	Porcentaje Aut. Obra Social

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: 4 kg. por receta durante 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

- .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 válido para la autorización de los medicamentos que requieran Autorización Previa. No es necesario la firma y sello del Médico Auditor.

• DIAGNOSTICO

- .Si requiere.