

345 SANCOR OSPERSAMS

SANCOR OSPERSAMS

Fecha de vigencia: 01/12/12

NRO.: 8

COBERTURAS

- **PLANES DE ATENCION**

.06 PLAN C	D/Vad. 40 % PVP	
.07 PLAN OS	D/Vad. 40 % PVP	
.15 PMI C	D/Vad. PMI 100 % PVP	D/Vad. 40 % PVP
.16 PMI OS	D/Vad. PMI 100 % PVP	D/Vad. 40 % PVP
.17 1000 2000 3000 4000	40 % PVP	
.18 1050 2050 3050 4050	50 % PVP	
.19 1060 2060 3060 4060	60 % PVP	
.20 CRONICOS	D/Vad. 70% Precios de Referencia.	
.21 INTERNACION	100%	

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.
- .Internación: Sin límites.

- **TROQUELADO**

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

- **VADEMECUM**

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

- **PROHIBICIONES**

- .**Planes con vademécum:**

- .Todos los productos fuera de vademécum.

- .**Planes sin vademécum:**

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

Continúa

345 SANCOR OSPERSAMS

SANCOR OSPERSAMS

Fecha de vigencia: 01/12/12

NRO.: 8

- .Disfunciones sexuales masculinas.
- .Emolientes y humectantes.
- .Esclerosantes.
- .Hipoglucemiantes orales y andiabeticos.
- .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,Teicoplamina,Linezolid,Etanercept.
- .Medios de contraste no iónicos.
- .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.
- .Vacunas.

• **RECONOCIMIENTOS**

- .El Formulario nº 4 se emitirá desde el Centro de Autorización o Posiciones Regionales, según corresponda, y será válido para la autorización de los medicamentos, tanto en ambulatorio como en internación, que requieran de Autorización Previa. No es necesario la firma y sello del Médico Auditor.

• **DIAGNOSTICO**

- .Si requiere.