

346 SANCOR SALUD

SANCOR SALUD

Fecha de vigencia: 01/12/12

NRO.: 7

DATOS GENERALES

- **AUTORIZACION TELEFONICA / ON LINE**

.Todos los planes, excepto plan 21. Todas las recetas, excepto las que tengan autorización de Sancor.

.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**

.Plan 5: Particular.

.Plan 6: Oficial

.Internacion: Receta del medico 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.

.Internacion: 5 días

BENEFICIARIO

- **DATOS DEL AFILIADO**

.Ambulatorio PMI Y Crónico: Todos los que la receta exija.

.Internacion: 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: 01/12/12

NRO.: 7

COBERTURAS

- PLANES DE ATENCION

.05	4065	4000	3000	3000	E	2000	1000	500	40	%	PVP			
.06	PLAN E								D/Vad	40	%	PVP		
.14	PMI	4000	3000	2000	1000	500			100	%	PVP			
									40	%	PVP			
.15	PMI PLAN E								D/Vad	%	PMI	100	%	PVP
									D/Vad.	40	%	PVP		
.20	CRONICOS								D/Vad.	70	%	Precio de Referencia		
.21	INTERNACION									100	%	PVP		
.22	4065	4000	3000	3000	E	2000	1000		50	%	PVP			
.23	4000	3000	3000	E	2000	1000			60	%	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.
- .Internacion: Sin limites.

- TROQUELADO

- .Seguro: Si requiere troquel con código de barras.
- .Coseguro:Fotocopia de la Obra Social Principal con los troqueles adheridos.

- 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.
- .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.
- .Disfunciones sexuales masculinas.
- .Emolientes y humectantes.

Continúa

346 SANCOR SALUD

SANCOR SALUD

Fecha de vigencia: 01/12/12

NRO.: 7

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

- **DIAGNOSTICO**

- .Si requiere.