

Estimado

Prestador:

De

nuestra

consideración:

En esta oportunidad, nos comunicamos para acercarle el detalle de documentación requerida para la presentación de presupuestos referentes a prestaciones a realizar; las cuales no se encuentran dentro del convenio que nos vincula.

Para la evaluación de la prestación deberá remitirnos:

- Pedido Médico membretado con sello y firma del profesional que solicita la prestación. Además, deberá contar con la siguiente información:
 - Del Asociado:
 - Nombre, apellido y N° de Asociado
 - Diagnóstico
 - De la prestación:
 - Código
 - Descripción
 - Inclusiones y exclusiones
 - Valor pretendido (en pesos)
 - Fecha de realización
 - Del profesional actuante:
 - Datos y contacto
 - Establecimiento asistencial donde se realizará la prestación

- Documentación adicional que motiva la solicitud del presupuesto.

Cabe aclarar que, en caso de que la prestación haya sido realizada de urgencia, es requisito presentar el protocolo quirúrgico para su evaluación.

Asimismo, es importante destacar que los requerimientos mencionados y solicitados nos permitirán agilizar y efectivizar las gestiones.

Agradeciendo su responsabilidad de llevar a cabo la correcta implementación, quedamos a su entera disposición en el **0800-7777- SALUD (72583)** o a través de los canales virtuales.

Saludos cordiales.



FERNANDO RIBAS
Jefatura Contrataciones Bs As



CPN NICOLÁS MEIER
Jefatura Contrataciones Interior

sancorsalud.com.ar



ASOCIACIÓN MUTUAL SANCOR SALUD. Inscripción en el Registro Nacional de Entidades de Medicina Prepaga (R.N.E.M.P.) bajo el N° 1137.

Superintendencia de Servicios de Salud: Órgano de Control de Obras Sociales y Entidades de Medicina Prepaga -0800-222-SALUD (72583) - www.sssalud.gob.ar

Copyright © 2019 Asociación Mutual SanCor Salud, All rights reserved.

Para desuscribirse de nuestra lista haga [Click Aquí](#).