

Servicio Médico Sanatorial

Normas Generales

Producto: GRAV / NO GRAV

NOMENCLADOR

Nuestro menú prestacional está basado en el P.M.O. (Programa Médico Obligatorio), según Resolución Nro. 201/02 del Ministerio de Salud y sus modificatorias.

Las prestaciones no contempladas en P.M.O. serán consideradas como “no catalogadas” o “no nomencladas”.

NORMAS TÉCNICAS-ADMINISTRATIVAS

1. ACCESO AL SERVICIO:

- 1.1. El Asociado deberá presentar indefectiblemente credencial que lo acredite como tal, adherido al servicio de salud de SanCor Salud.
- 1.2. Documento de identidad, como constancia de que el mismo es titular de la credencial.
- 1.3. El prestador deberá realizar el Control de Asociados activos, validando la credencial de nuestros Asociados, ingresando a nuestra página WEB: www.sancorsalud.com.ar

Link:



2. MODALIDAD DE ATENCIÓN:

- 2.1. Asociados de planes SanCor 5000, Sancor 4000, SanCor 4065, SanCor 3500, SanCor 3000, SanCor 2000, SanCor 1000:

2.1.1. Prestaciones SIN autorización previa:

- 2.1.1.1. Prestadores que no poseen sistema de conectividad: el Prestador completará PLANILLA DE ATENCION/FACTURACION o R/P (pedido médico).

2.1.1.2. Prestadores que poseen sistema de conectividad: deberán validar las prestaciones de acuerdo al sistema on-line con el que cuentan.

2.1.2. **Prestaciones CON autorización previa**: El **Asociado** deberá gestionar la autorización y presentar FORMULARIO NRO. 4 PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA.

2.1.3. **Prestaciones por Sesión CON autorización previa ON-LINE**:

Esta modalidad es válida para las siguientes especialidades: Kinesiología, Terapia Ocupacional, Psicopedagogía, Psicología, Psicomotricidad y Fonoaudiología.

El profesional deberá gestionar y validar la autorización de las prácticas antes de su realización por cualquiera de los medios que se describen a continuación:

- o **www.sancorsalud.com.ar**, en la sección **Servicios en línea** y siguiendo esta ruta: Prestadores – Autorización en Línea.
- o **Línea 0800-7777- SALUD (72583)**. (De lunes a viernes, de 8:00 a 18:00 hs)
- o **Sistema de Conectividad Contratado**

La gestión de autorización es necesaria para las prestaciones que se detallan a continuación:

PRACTICAS POR SESIONES EN AMBULATORIO	
REQUIEREN DE AUTORIZACION PREVIA VIA ON LINE O TELEFONICA:	
250183	Módulo de Fisiokinesioterapia
250186	Módulo de Kinesioterapia Respiratoria
250182	Drenaje Linfático Manual y/o Mecánico por Sesión
288017	Rehabilitación Pulmonar
250188	Rehabilitación Neurológica
250105	Pilones para amputados alineación
250103	Terapia ocupacional por sesión
250104	Rehabilitación del lenguaje (por sesión)
250190	Estimulación temprana del lenguaje
310106	Reeducación foniátrica: dislalias, afasias, etc.
310101	Examen funcional laberíntico
310102	Audiometría
310103	Logaudiometría
310104	Pruebas supraliminares
310105	Selección de otoamplifonos
310109	Impedanciometría
310172	Otoemisiones Acústicas
330101	Psicoterapia individuales niños o adultos
330102	Psicoterapia grupales o colectivas niños o adultos
330103	Psicoterapia de pareja o familia
330111	Pruebas psicométricas
330112	Pruebas proyectivas perfil de personalidad
330171	Sesión de Psicopedagogía
250174	Sesión de Psicomotricidad
250106	Domicilio

Para poder operar en nuestra página web deberán estar registrados como Prestadores. Para el caso de Instituciones/As./Fed./Col./Circ./Etc., deberá enviarnos listado de profesionales adheridos para generar usuario y Contraseña. Luego deberá transmitir estos datos a sus asociados, informándoles que cuando ingresen por primera vez, tendrán que cambiar la contraseña para su resguardo.

Asimismo, deberán tener en cuenta que los nuevos ingresos de profesionales a vuestra Institución tendrán que ser informados a **padrones@sancorsalud.com.ar**, para que le gestionemos Usuario y Contraseña.

Para el caso de Profesionales, le informaremos el Usuario y Contraseña.

Este sistema de gestión será el único vigente para autorizar las prácticas, por lo que no se recibirán solicitudes vía mail ni en los Centros de Atención Regional.

Tener presente el instructivo que se encuentra adjunto al convenio, en Anexo I. NORMAS GENERALES\AUTORIZACIONES ON-LINE. En la presente carpeta podrá obtener los documentos que nombramos a continuación:

- o INSTRUCTIVO CARGA DEL PRESTADOR EN LA PAGINA WEB
- o PLANILLA REGISTRO DE SESIONES

3. PRESTACIONES SIN AUTORIZACION PREVIA

Este sistema es válido para facturar consultas y prácticas que no requieren de autorización previa; según listados adjuntos, en la carpeta "Anexo I. NORMAS GENERALES\PRACTICAS QUE NO REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA".

Para la atención y facturación de este tipo de prácticas, el prestador podrá optar por:

- 3.1. Planilla de atención: los modelos de la planilla a completar podrá obtenerlos de la carpeta "Anexo I. NORMAS GENERALES\ PLANILLAS DE ATENCION-FACTURACION". En la misma se adjuntan:

-) Planilla Médico GRAV / NO GRAV
-) Planilla Bioquímico GRAV / NO GRAV

Detallamos modelo de Planilla Médico a fin de poder visualizar su formato:

PLANILLA DE ATENCIÓN / FACTURACIÓN PARA PRESTACIONES QUE NO REQUIEREN DE AUTORIZACIÓN PREVIA

Detalle de Prestaciones

Consultas / Prácticas



SanCor Salud

N° de PRESTADOR:	RAZÓN SOCIAL:	CUIT:
MATRÍCULA:	ESPECIALIDAD:	

MODALIDAD:	NORMAL ☐ REFACTURACIÓN ☐
------------	---

Fecha	Plan	N° de Asociado	Apellido y Nombre del Asociado	N° de Documento	Código de Prestación	N° de Transacción	Firma Asociado	Nombre Prescriptor	Importe

Observaciones: _____

LUGAR Y FECHA	PERIODO DE LIQUIDACIÓN (MÍNIMA)	FIRMA DEL PRESTADOR	SELLO	SE ADEJUNTA FACTURA N°	SELLO Y FIRMA RECEPCIÓN
---------------	---------------------------------	---------------------	-------	------------------------	-------------------------

SCS_EB030073_BOM Av. Independencia 206 | Tel. 0800.7777.72583 | Sucubates | www.sancorsalud.com.ar | info@sancorsalud.com.ar



PRODUCTO: NO GRAV (No Gravado)

Nº de PRESTADOR:

RAZÓN SOCIAL:

CUIT

MODALIDAD:

NORMAL ☐

MATRÍCULA:

ESPECIALIDAD:

REFACTURACIÓ

[illegible]

Observaciones:

LUGAR Y FECHA	PERIODO DE LIQUIDACIÓN (MII/A)	FIRMA DEL PRESTADOR	SELLO	SE ADJUNTA FACTURA N°	SELLO Y FIRMA RECEPCIÓN
---------------	--------------------------------	---------------------	-------	-----------------------	-------------------------

SCS-ER01007-R05

Av. Independencia 206 | Tel. 0800.7777.72583 | Sucumbas | www.sancorsalud.com.ar | info@sancorsalud.com.ar

3.2. Pedido medico (R/P): el prestador deberá completar el mismo, con los siguientes datos:

4. PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

DATOS QUE DEBE CONTENER EL R/P:	
Nombre, Apellido, Número del Beneficiario y Nombre de la Obra Social	Dr. Alberto Martínez Médico Clínico M.N. 95654
Descripción de la práctica o medicamento de manera clara y legible	Rp. /
Diagnóstico y código	
Fecha de emisión	
	Firma del profesional y sello aclaratorio con N° de Matrícula

Deberán respetarse las siguientes normas de prescripción:

Hasta dos (2) productos por RP/recetario como máximo, podrán ser de distinto genérico o de igual genérico con distinta forma farmacéutica y podrán prescribir:

-) Hasta un (1) envase grande, o dos (2) envases chicos en un sólo y único renglón.
-) Hasta un (1) envase chico en el renglón restante.
-) Antibióticos:
 - o Monodosis: hasta cinco (5) ampollas por RP/recetario; desde dos (2) ampollas se considera envase grande.
 - o Multidosis: hasta dos (2) envases por RP/recetario; se considera envase grande.

5. PRESTACIONES POR SESIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA ON-LINE

Válido para los planes SanCor 5000, SanCor 4000, SanCor 4065, SanCor 3500, SanCor 3000, SanCor 2000, SanCor 1000.

Como mencionamos en el punto 2.1.3; el prestador deberá gestionar la autorización de manera ONLINE, por medio de:

-) WEB: www.sancorsalud.com.ar
-) 0800-7777- SALUD (72583)

En ese contacto obtendrán un número de autorización que deberán volcar en la Planilla de Registro de Sesiones —que se adjunta a modo ilustrativo— la cual podrán imprimir desde la Sección *Comunicaciones* del espacio de Prestadores de nuestra página Web. Además del número de autorización deberá cumplimentar todos los datos que en la misma se solicitan. Cabe destacar que esta planilla tendrá que adjuntarse a la documentación habitual que envían para la facturación, y está normativizada de acuerdo a la condición impositiva de cada prestador.

Prácticas médicas y bioquímicas que requieren autorización previa: son todas aquellas que no se encuentran en el listado de PRACTICAS QUE NO REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA ("Anexo I. NORMAS GENERALES\PRACTICAS QUE NO REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA").

7. CIRCUITO PARA LA AUTORIZACIÓN PREVIA

El Asociado/Entidad/Prestador elevará la prescripción médica al Centro de Atención Regional según corresponda, consignando en el pedido los siguientes datos:

Del Paciente:

Apellido y Nombre

Cobertura (SanCor Salud)

Nº de Asociado

De la Prestación solicitada:

Código - Descripción

Ambulatorio/Internación

Diagnóstico

Médico Prescribiente

Fecha de Prescripción

Establecimiento Asistencial/Prestador que realizará la prestación.

Luego del control técnico-administrativo se procederá a emitir el "*Formulario Nro. 4 Prestaciones que requieren Autorización Previa*". Cuando la prestación es aceptada se consignará el Nº de Autorización. Para los casos que sean rechazados se indicarán los motivos de tal determinación.

8. FORMULARIO NRO. 6 AVISO DE INTERNACIÓN / PRORROGA DE INTERNACION

Estos Formularios se gestionan vía mail por medio de la siguiente dirección: internaciones.sancorsalud@sancorsalud.com.ar, la cual será válida para:

- 1) Comunicación de internaciones
- 2) Pedido de autorización de prácticas en internación
- 3) Pedido de prórrogas
- 4) Fecha de alta sanatorial
- 5) Pedido de prótesis u otros materiales para cirugía en internación
- 6) Provisión de medicamentos en Internación
- 7) Pedido de autorización y presupuestos de Cirugías Programadas en internación.

Desde dicha casilla de correo se dará respuesta a todas sus solicitudes, a las direcciones designadas por ustedes oportunamente, para el tratamiento de internaciones. A esta misma dirección recibirá en forma periódica un reporte con el detalle de pacientes internados cuyos días autorizados estén vencidos a la fecha del informe. En el reporte contarán con un link mediante el cual tendrán acceso a una plataforma en la cual podrán realizar las siguientes gestiones:

-  Consultar sus internaciones por fecha de ingreso, seleccionando el día y mes a buscar.
-  Imprimir Formulario Aviso de Internación si por alguna razón hubiese extraviado el remitido oportunamente.
-  **Ingresar el Alta Sanatorial** en las internaciones.
-  De comprobar alguna diferencia en las fechas de altas informadas, podrán notificarlo para su corrección. Tener en cuenta que si SanCor Salud en su verificación diaria detecta que no se informaron novedades a partir de los días vencidos, ingresará como fecha de alta sanatorial el día inmediato siguiente al último autorizado.

- Recordamos que siempre deberán contar con todos los días de internación autorizados a fin de evitar débitos en la facturación; por lo que, **de constatar que faltan prórrogas deberán solicitarlo o informarlo al mail de internaciones.**

A continuación, detallaremos los procedimientos a seguir y los requerimientos a cumplimentar.

8.1. COMUNICACIÓN DE INTERNACIONES

El prestador deberá informar la internación **el día del ingreso del paciente o el primer día hábil inmediato posterior**, enviando por e-mail el **Formulario/Aviso del Prestador**, consignando de manera obligatoria y con letra legible, los datos que se detallan a continuación:

Del Paciente	Del Establecimiento Asistencial
✓ Apellido y Nombre	✓ Denominación - Domicilio - Teléfono
✓ D.N.I.	✓ Fecha y hora de ingreso
✓ Nº de Asociado	✓ Médico Responsable
	✓ Diagnóstico de Ingreso
	✓ Cantidad de Días Solicitados / Estimados.
	✓ Tipo de internación: Clínica - Quirúrgica - Parto o Cesárea (en el caso de una internación quirúrgica deberá detallar el/los código/s correspondiente/s).
	✓ Fecha de Prescripción o Indicación.

Una vez recibida esta información, desde SanCor Salud se efectuará el control técnico-administrativo y se emitirá el **Formulario Nro. 6 Aviso de Internación**, en el que se consignará la cantidad de días de internación autorizados por Auditoría Médica, en los casos que corresponda. Cuando se trate de internaciones quirúrgicas, partos y cesáreas, se especificarán además el/los código/s pertinente/s.

Si una vez cumplidos los días de internación autorizados en el Formulario Aviso de Internación, el paciente requiere permanecer internado por más tiempo, se deberá solicitar una **Prórroga de Internación**, el mismo día o el primer día hábil inmediato posterior al fin de semana o feriado, consignando los datos de la internación y los días de prórroga a solicitar. Desde SanCor Salud se procederá a emitir el **Formulario Nº 6 Prórroga de Internación**, donde se especificarán los días autorizados por Auditoría Médica. De necesitar más días de prórroga luego del vencimiento de este último formulario, deberán repetir idéntico procedimiento.

Estos Formularios serán válidos para la **Facturación** de las internaciones, por lo que deberán presentar el Aviso de internación y la última Prórroga de Internación autorizada en los casos que se contara con la misma.

Cabe señalar que se procederá a abonar la cantidad de días que hayan sido debidamente autorizados por Auditoría Médica.

FORMULARIO Nº 6: Aviso de Internación / Prórroga de Internación

SanCorSalud **FORMULARIO NRO. 6** **AVISO DE INTERNACIÓN** Nro: 0000000

Apellido y Nombre: C0000000 X00000000 X0000000 Doc: X00000000 Número: X000000/ 00
 Fecha de Nac: 27/02/1984 F. Ingreso Serv. Salud: 01/11/2010 Fecha de ingreso al Plan: 01/11/2010 Plan: S500
 Entidad Nro: X000 C.A.R. SUNCHALES Grp: GENERALES NO GRAV

Establecimiento asistencial: CL. SUNCHALES S.A.
 Localidad: 2322002 - SUNCHALES
 Prestador Prescribiente: F/D Número: 0
 Diagnóstico: CESAREA

Autorizadas...: Cód.: 110403 Cant.: 1 OPERACION CESAREA CLASICA, EXTRAPERITONEAL, VAGINA

Internado Desde: 31/03/2014 D.Aut.: 2 Fecha Hasta Inclusive: 01/04/2014 Hora Int.: 00:00:00
 Recepción de aviso: 01/04/2014

Firma del Paciente Firma y sello del Profesional

DAR CURSO SI VERIFICADO POR AUDITORIA MEDICA Nº AUTORIZACIÓN: 00000001

Fecha: 03/04/2014 Enviar a: INTERNACIONES@CLINICASUNCHALES.COM.AR - SUNCHALES T.E.: M-INTER

El prestador podrá facturar con este formulario siempre que conste en el mismo el Nº de Autorización y se adjunte el original del Pedido Médico.

Lectura del Formulario:

- ✓ Si se autoriza la internación se imprimirá en el Formulario un **Nº de Autorización (distinto a cero)** con Código de Barra y en el casillero que dice **DAR CURSO** aparecerá **SI**.
- ✓ Si se rechaza la internación, en el campo de **Nº de Autorización** se imprimirá el **Nº 00000000** con Código de Barra y en el casillero que dice **DAR CURSO** aparecerá **NO**. Además se indicará el/los motivo/s que fundamenta/n la resolución.

Otro punto muy importante a tener en cuenta es la necesidad de contar con la notificación de las **Altas Sanatoriales**, ya que en aquellos casos que no se reciba dicha información, se considerará como fecha de Alta Sanatorial, el día inmediato posterior al último día de internación autorizado. Por esta razón, les recomendamos que dispongan de la autorización de todos los días, a fin de evitar débitos en la facturación de la misma.

Para los casos de **internaciones clínicas que luego pasen a ser de tipo quirúrgica, parto o cesárea**, también deberán comunicar la prestación realizada. En dichos casos, SanCor Salud emitirá el Formulario Nº 4 de Prestaciones que requieren de Autorización Previa, para su posterior facturación junto al Formulario Nº 6 Aviso de Internación.

Para la facturación de otras prestaciones realizadas durante la internación, las mismas quedarán sujetas a revisión de Auditoría Médica y pasible de débitos.

8.2. INTERNACIONES PROGRAMADAS

Para **Internaciones Programadas** deberán solicitar el Formulario Nº 6 con hasta 72 hs. hábiles de antelación, a los efectos de evitar posibles rechazos. Asimismo, para la reprogramación de internaciones, deberán solicitar el cambio del Formulario Nº 6, tal como se explicitaba en párrafos anteriores.

Para **cirugías programadas sin fecha** o con fecha de cirugía posterior a las 72 hs. hábiles de la fecha de presentación del pedido médico, se generará el **Formulario Nº 60 "INTERNACIÓN PROGRAMADA"**, como comprobante provisorio, el cual no será válido para facturar. Por ello, al momento de la cirugía, deberá cumplimentar el circuito de Aviso de Internación a fin de confirmar los datos y obtener el Formulario Nº 6 "AVISO DE INTERNACIÓN", que es válido para facturar.

FORMULARIO N° 60: INTERNACIÓN PROGRAMADA

		FORMULARIO NRO. 60 INTERNACION PROGRAMADA	
Apellido y Nombre: XXXXXX, XXXXXX		CUIL: XX-XXXXXXX-XX Numero: XXXXXXX00 Subpr: OSAMS	
Fecha de Nac: 2/04/1983 Fecha ingreso Salud: 1/02/2012 Fecha ingreso Plan: 1/02/2012 Plan: SANCOR 4000			
Entidad Nro: XXXX CAR XXXXXXXX		NO GRAV	
Establecimiento asistencial: XXXXXXXXXX			
Localidad: 000000 - XXXXXXXX			
Prestador prescriptor: XXXXXXXXXX		Numero: P 00000	
Diagnostico: PARTO UNICO POR CESAREA			
AUTORIZADA: Cod.: 110403 Cant.: 1 OPERACIÓN CESAREA CLAS.			
AUTORIZADO HABITACIÓN PRIVADA			
COMPROBANTE PROVISORIO NO VALIDO PARA FACTURAR			
AL MOMENTO DE LA CIRUGÍA DEBERÁ CUMPLIMENTAR CIRCUITO DE AVISO DE INTERNACIÓN PARA REVALIDAR DATOS Y EMISIÓN DE FORMULARIO NRO. 6 (AVISO DE INTERNACION)			
Validado en Fecha: 24/06/2014			

8.3. INTERNACIONES PROLONGADAS

Otro punto muy importante a tener en cuenta, son las internaciones que excedan a un mes. El tratamiento para estos casos es el mismo que para cualquier internación, solo que deberán realizar el corte mensual para su facturación. Para las siguientes presentaciones, deberá facturar adjuntando las prórrogas correspondientes a dicho mes.

9. ORDENES PROGRAMA DIABETES MELLITUS

Estas órdenes están debidamente identificadas en la parte superior. Las prestaciones consignadas en ellas, preimpresas, no requieren de autorización previa y para la realización de estas prácticas no se necesita prescripción médica.

10. PROGRAMA MATERNO INFANTIL

Asociados de planes SanCor 5000, SanCor 4000, SanCor 4065, SanCor 3500, SanCor 3000, SanCor 2000 y SanCor 1000: acceden al servicio según lo descrito en el punto 2.1.

11. AMBULANCIA

Para los casos que requieran el traslado de ambulancia, el Asociado/Entidad/Prestador deberá comunicarse directamente con EMERGER al TE. 0810-777-8733 para solicitar el servicio.

12. PRÓTESIS Y ORTESIS MEDICAS – MATERIALES DESCARTABLES ESPECIALES

Provisión a cargo de Asociación Mutual Sancor.

13. MEDICAMENTOS EN INTERNACION

- J Medicamentos que requieren autorización previa y/o reposición: *según listado que se adjunta.*
- J Medicamentos Excluidos (para planes S5000- S4000- S4065- S3500- S3000- S2000- S1000-): *según listado que se adjunta.*
- J Provisión de Medicamentos: *según listado que se adjunta.*

Ofrecemos a Ud/s. nuestra página de Internet, en la que podrán obtener, entre otros datos de utilidad, la siguiente información:

- O Vademécum Resolución 310/04 (válido para plan C de NO GRAV; resto de planes sin vademécum).
- O Vademécum Programa Materno Infantil (válido para plan C de NO GRAV; resto de planes sin vademécum).

www.sancorsalud.com.ar

14. ALIMENTACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL

Toda alimentación enteral y/o parenteral, será provista por AMSS por medio del proveedor SANITY CARE.

No se utilizarán otros proveedores salvo expresa autorización de AMSS.

Para solicitar la autorización de alimentación, deberán remitir a nuestro Centro de Atención Regional correspondiente, los siguientes datos a fin de ser analizados por el Médico Auditor:

- RP Consignando:

Del Paciente:

Apellido y Nombre
Cobertura (SanCor Salud)
Nº de Asociado
Edad

De la Prestación solicitada:

Detalle de la formula parenteral/enteral
Internación/Internación Domiciliaría
Diagnóstico
Institución Sanatorial
Teléfono
Referente de la institución encargado del tema:
Médico Prescribiente
Fecha de Prescripción

Una vez autorizada la provisión por parte de AMSS desde SANITY CARE se contactarán para acordar la provisión de la alimentación.

NORMAS DE FACTURACIÓN

1. PRESENTACION

El prestador tiene sesenta (60) días corridos de plazo para la presentación de la facturación. Superado el mismo, no se abonarán las prestaciones correspondientes. Para la cuenta de este lapso de tiempo, deberá tener en cuenta lo siguiente:

-) Para Consultas y Prácticas: contar desde la fecha de realización.
-) Para Internaciones: contar desde la fecha de alta sanatorial. En casos de Internaciones prolongadas (más de un mes) se harán cortes mensuales.
-) Formularios de autorización previa: la prestación debe realizarse antes que venza el formulario. Tener presente la fecha de vencimiento indicada en el mismo. Cabe aclarar, que si el Asociado se presenta con un Formulario vencido, se le deberá requerir la actualización del mismo. Para los formularios en los que se autorizan sesiones, la primera sesión deberá realizarse dentro de la fecha de validez del formulario.

No son exigibles estos requisitos para las refacturaciones.

Se permitirá sólo una presentación MENSUAL. En el caso que se recepcione más de una facturación en el mes, procederemos a su devolución.

2. FACTURA - RECIBO

Deberán enviar dos (2) copias, original y duplicado o en su defecto original y fotocopia a nombre de "Asociación Mutual SanCor Salud", C.U.I.T. Nº 30-59035479-8, Exento en I.V.A., y de acuerdo a la condición ante el IVA del prestador tener en cuenta lo siguiente:

-) Para Prestadores Responsables Inscriptos:
 - Factura tipo "B" incluyendo IVA (10,5%) en el monto final, para Asociados **GRAV** (Gravados).
 - Factura tipo "B" sin IVA., para Asociado **NO GRAV** (No Gravados).
-) Para Prestadores Responsables Exentos o Monotributistas:
 - Factura tipo "C" sin IVA.

3. FORMA DE PRESENTACION

Deberán confeccionar un **resumen de facturación propio (se adjunta modelo con los datos que el mismo debe contener)**. Los prestadores que utilizan sistemas de conectividad tienen la posibilidad de exportar el resumen de facturación desde el propio sistema.

-) Para prestaciones en Ambulatorio e Internaciones: se deberá confeccionar una **carátula de lote** por profesional y/o establecimiento asistencial, según modelo que se adjunta.
-) Refacturación: se deberá confeccionar **resumen de facturación propio (se adjunta modelo con los datos que el mismo debe contener)** y **carátula del lote** separados del resto de la facturación mensual, indicando en el mismo esta modalidad (refacturación).

N° de Prestador

Producto facturado (GRAV / NO GRAV)

Cantidad de prestaciones facturadas

N° de factura

CARATULA DE LOTE - Ambulatorio

PROFESIONAL N°

CONVENIO RELACIONADO

PRODUCTO

Cantidad de Prestaciones

Comprobante N°

Supervisión Técnico - Prof.

Adjuntar R/P / órdenes / formularios correspondientes.

Importe facturado

Present.:

Archivo:

LOTE N°

Razón Social / Nombre del Prestador

Si no factura directo detallar Razón Social del prestador que factura

Indicar importe sin IVA. Esto se detalla en la factura

Datos a completar por SanCor Salud

SCS-FS09053-R00

4. FECHA DE PRESENTACION

A partir del día 20 del mes siguiente al de la prestación.

5. CONSIDERACIONES GENERALES

- ⌋ Los R/P, órdenes, formularios o planillas deberán estar cumplimentados con todos los datos que se requieren en los mismos.
- ⌋ Toda prestación facturada SIN el correspondiente R/P, orden, formulario o planilla de autorización previa y/o formulario aviso de internación, no será abonada.
- ⌋ Para la facturación de prácticas deberá adjuntarse a la indicación médica la orden, formulario o planilla; a excepción de las prácticas contenidas en las órdenes de programas especiales (Diabetes Mellitus y Programa Materno Infantil).
- ⌋ Prestaciones realizadas por sesión: deberán estar fechadas y con firma de conformidad del Asociado.
- ⌋ No perforar ni obstruir la lectura de los códigos de barra en las órdenes y/o formularios.
- ⌋ En el caso de facturar un Formulario vencido el mismo será debitado.

IMPORTANTE:

Cabe señalar que la no cumplimentación de cualquiera de los requisitos especificados en la presente comunicación, originará la devolución de las facturaciones y/o débitos de las prestaciones, motivo por el cual recomendamos su especial consideración para evitar débitos innecesarios.

RECLAMO DE DÉBITO: todos los debitos efectuados por AMSS remitidos con la Orden de Pago correspondiente, podrán ser reclamados dentro de los 60 días corridos de recepcionado el pago en el domicilio del prestador, caso contrario, pasado ese período no se dará curso a reclamo alguno.

DATOS ÚTILES

SEDE CENTRAL SUNCHALES

Av. Independencia 206 - Tel. (03493) 423456 / 429500 – Fax (03493) 420794

E-mail: infoams@sancorsalud.com.ar

LÍNEA EXCLUSIVA PARA PRESTADORES: 0800-7777-72583 (SALUD)

www.sancorsalud.com.ar

SEDE BUENOS AIRES

Sarmiento 801 - Tel. (011) 4325 – 3030

CENTROS DE ATENCIÓN REGIONAL

BUENOS AIRES

- **BARRIO NORTE (CP 1416)**
Av. Las Heras 2902
- **CABALLITO/FLORES (CP 1406)**
Rivadavia 6170
- **CHASCOMUS (CP 7130)**
Remedios de Escalada y Libres del Sur
- **LANÚS (CP 1824)**
Av. Hipólito Irigoyen 4135
- **LA PLATA (CP 7600)**
Diagonal 74 Nº 1909
- **MAR DEL PLATA (CP 7600)**
Av. Independencia 2342
- **MORÓN (CP 1708)**
25 de Mayo 388
- **OLAVARRÍA (CP 7400)**
Vicente López 3158
- **PILAR (CP 1629)**
Mayor Víctor Vergani 500- Esq. Pedro Lagrave
- **PERGAMINO (CP 2700)**
9 de Julio 401
- **RAMOS MEJIA (CP 1704)**
Rosales 42
- **SAN MIGUEL (CP 1663)**
Av. Balbín 963
- **SAN NICOLÁS (CP 2900)**
Av. Mitre Nº 114
- **SAN JUSTO (CP 1754)**
Avda. Comisionado Indart 2402
- **SAN ISIDRO (CP 1265)**
25 de mayo 201/219 - Esq. Martín y Omar
- **TANDIL (CP 7000)**
Gral. Rodríguez 921
- **TRENQUE LAUQUEN (CP 6400)**
Oro 142

PROVINCIA DE SANTA FE

- **ESPERANZA (CP 3080)**
Aaron Castellanos Nº 1859

- **RAFAELA (CP 2300)**
José Ingenieros 25, Esquina Bv. Santa Fe
- **RECONQUISTA (CP 3560)**
Iriondo 1287 – Local 2
- **ROSARIO (CP 2000)**
Bv. Oroño 987
- **SANTA FE (CP 3000)**
Bv. 25 de Mayo 3318
- **SANTO TOME (CP 3016)**
Obispo Gelabert N° 1970
- **VENADO TUERTO (CP 2600)**
Av. Casey 31

PROVINCIA DE CÓRDOBA

- **ARROYITO (CP 2434)**
Sarmiento 1102
- **BRINKMANN (CP 2419)**
Av. Moreau de Justo 640
- **CÓRDOBA (CP 5000)**
San Luis 145 - Planta Baja
- **CERRO LAS ROSAS (CP 5009)**
Santa Fe 1063
- **MARCOS JUAREZ (CP 2580)**
Francisco Beiro 161
- **MORTEROS (CP 2421)**
J. B. Cabral 23 esq. Av. Hipólito Irigoyen
- **SAN FRANCISCO (CP 2400)**
Bv. 9 de Julio 1338
- **VILLA MARÍA (CP 5900)**
Santa Fe 1063

PROVINCIA DE MENDOZA

- **MENDOZA (CP 5500)**
Av. San Martín 695 Esq. J.V. Zapata
- **SAN MARTIN (CP 5570)**
Nogues N° 38, Planta Baja, Local 2
- **SAN RAFAEL (CP 5600)**
C. W. Lencinas 161

PROVINCIA DE SAN JUAN

- **SAN JUAN (CP 5400)**
Av. Córdoba 242 (Este)

PROVINCIA DE SAN LUIS

- **SAN LUIS (CP 5700)**
Colón 1190
- **VILLA MERCEDES (CP 5730)**
Ardiles 5

) **PROVINCIA DE SALTA**

- **SALTA (CP 4400)**
20 de Febrero 204 (Planta. Baja – Local A)

) **PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO**

- **SANTIAGO DEL ESTERO (CP 4200)**
Tucumán 355

) **PROVINCIA DE ENTRE RÍOS**

- **CONCORDIA (CP 3200)**
La Rioja 760 Local 2
- **GUALEGUAYCHÚ (CP 2820)**
Urquiza 1059
- **PARANÁ (CP 3100)**
Pellegrini 301

) **PROVINCIA DE CORRIENTES**

- **CORRIENTES (CP 3400)**
San Martín 1682

) **PROVINCIA DE FORMOSA**

- **FORMOSA (3600)**
Rivadavia Nº 1096

) **PROVINCIA DE MISIONES**

- **POSADAS (3300)**
Colón Nº 2192, Local 2
- **OSERÁ (3360)**
Av. Libertad 701 Esq. Artigas

) **PROVINCIA DE CHACO**

- **RESISTENCIA (CP 3500)**
Santa Fe 281
- **ROQUE SAENZ PEÑA (CP 3700)**
9 de Julio 429

) **PROVINCIA DE CATAMARCA**

- **SAN FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA (CP 4700)**
Rivadavia 381

) **PROVINCIA DE LA RIOJA**

- **CHILECITO (CP 5360)**

San Martín 197

- **LA RIOJA (CP 5300)**

Buenos Aires 264

) **PROVINCIA DE JUJUY**

- **SAN SALVADOR DE JUJUY (CP 4600)**

Alvear 1400 Esq. General Paz

) **PROVINCIA DE TUCUMÁN**

- **SAN MIGUEL DE TUCUMÁN (CP 4000)**

Muñecas 701 esq. Marcos Paz

) **PROVINCIA DE LA PAMPA**

- **GENERAL PICO (6360)**

Calle 17 N° 1259

- **SANTA ROSA (CP 6300)**

Coronel Gil 501 esq. Lisandro de la Torre 114

) **PROVINCIA DE NEUQUÉN**

- **NEUQUÉN (CP 8300)**

Ministro González 218

) **PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO**

- **USHUAIA (CP 9410)**

Maipú 1399

) **PROVINCIA DE CHUBUT**

- **COMODORO RIVADAVIA (CP 9000)**

San Martín 119

- **PUERTO MADRYN (CP 9120)**

Gobernador Maíz 403 esq. 9 de Julio

) **PROVINCIA DE RIO NEGRO**

- **GENERAL ROCA (CP 8332)**

Mitre 1229 (local 1)

- **SAN CARLOS DE BARILOCHE (CP 8400)**

Mitre 789

) **PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

- **RIO GALLEGOS (CP 9400)**
25 de Mayo 21

De: Gervasio Frugoni Zabala [gervasio.frugoni@sancorsalud.com.ar]
Enviado el: viernes, 13 de julio de 2018 06:58 a.m.
Para: Sector Facturación
CC: Magali Valverdi; Dolores Vallejo; Leonardo Stricker
Asunto: Re: consulta importante

Buenos días Mónica:

A continuación copio explicación sobre el plan OS que utilicé con otros prestadores que tuvieron la misma consulta:

No debe confundirse plan OS con OSPERSAAMS. El plan OS es un plan de contención, al cual el Afiliado llega generalmente por mora. OSPERSAAMS es nuestra obra social de origen, es decir la obra social de los empleados de SanCor Salud. Nuestra empresa administra diversas obras sociales, las cuales están encuadradas en el segmento NO GRAV (NO GRAVADO).

El segmento GRAVADO es el de la prepaga, es decir los Afiliados que voluntariamente pagan su plan mensualmente. El NO GRAVADO es el de las diversas obras sociales que administra SanCor Salud. A nivel de los valores convenidos, y también del procedimiento de atención, la situación es la misma para Afiliados de cualquiera de los dos segmentos, siempre y cuando tengan el mismo plan. En otros términos, y a modo de ejemplo, un Afiliado puede tener un plan SanCor 3500 y venir por el segmento GRAV o por el NO GRAV. En este caso los valores van a ser los mismos, independientemente del segmento, lo importante a nivel de aranceles es el plan del Afiliado.

Puntualmente respecto a OSPERSAAMS, un Afiliado puede estar encuadrado en dicha obra social y tener un plan SanCor 4000 o un plan OS. Esto lo menciono a modo de ejemplo, para resaltar que no es la obra social ni el segmento el que define el plan.

La forma más fehaciente de verificar si el Afiliado tiene un plan OS es validar la credencial en nuestro sitio web. Copio a continuación ejemplo de detalle que brinda la página:



Nro. Asociado:	718389 / 1
Asociado:	LAGOS, MARCELO FABIAN
Producto:	OSME-Salud
Plan:	PLAN OS
Sexo/Edad:	M - 44
Fecha Validación	26/01/2018

HABILITADO

Como podrá ver, allí se identifica el plan del Afiliado como OS. Este plan no lo tenemos convenido, y de hecho se encuentra capitado con la empresa NATIVUS. De no tener convenio con dicha empresa no deben proceder con la atención de Afiliados de este plan.

Las credenciales deben verificarlas en nuestro sitio web (<http://sancorsalud.com.ar/>), en el apartado Servicios en Línea, Prestadores, tienen la opción "Validar credenciales".

Detallo a continuación modelo de credencial de plan OS:



Gervasio Frugoni Zabala

Contrataciones
SanCor Salud - Sede Central
Tel.: 03493-429500
gervasio.frugoni@sancorsalud.com.ar



Este mensaje y sus adjuntos son confidenciales y para uso exclusivo del destinatario arriba indicado. Si Usted recibió este correo por error, por favor notifíquenos respondiendo al remitente y borre el mensaje original. Queda prohibida y no tendrá derecho a: la publicación, uso, reenvío, copia o impresión total o parcial de este mensaje o documentos adjuntos, de cualquier forma. No se garantiza seguridad o exactitud de la información y anexos o la inexistencia de virus, debido al entorno libre de las comunicaciones por Internet. Las opiniones vertidas y material del mensaje son responsabilidad exclusiva del autor y emisor del mismo, y bajo ninguna circunstancia podrán ser atribuidas a SanCor Salud, Grupo de Medicina Privada, ni a ninguna de sus Empresas.

Antes de imprimir este correo, piense si realmente es necesario.

-----"Sector Facturación" <facturacion@asoclinicasneuquen.org.ar> escribió: -----

Para: "Gervasio Frugoni Zabala" <gervasio.frugoni@sancorsalud.com.ar>

De: "Sector Facturación" <facturacion@asoclinicasneuquen.org.ar>

Fecha: 11/07/2018 14:24

Asunto: consulta importante

Buenas tardes Gervasio, te molesto porque hemos recibido desgloses por afiliado capitado, me podrás decir como los identificarlos y porque no los podemos facturar?

Espero tu respuesta a la brevedad posible.

Gracias!

Monica Vergara
Convenios - Facturación
Asociación de Clínicas del Neuquén
TEL. 0299 4421011 4437885
facturacion@asocli.org.ar
www.asocli.org.ar



Este mensaje y sus anexos son confidenciales y para uso exclusivo del titular de la dirección de e-mail al que está dirigido. Si Ud. no fuera el destinatario especificado en el mensaje o persona autorizada por éste, informe de tal situación reenviando el mensaje al emisor y bórralo de su sistema. Muchas Gracias.