

Normas Operativas y de Facturación para Prestadores

Servicio Médico

Julio 2026

Índice

1. Introducción	4
2. Consideraciones generales	4
3. Conectividad con prestadores	5
4. Acreditación y validación del asociado en atención ambulatoria	5
4.1 Al momento de solicitar el turno	5
4.2 Al momento de la prestación	5
4.2.1 Gestionar la autorización de la prestación	5
4.2.2 Cargar el token de autorización	5
4.2.3 Excepciones al uso de token	6
4.2.4 Atención en guardia	6
5. Inconvenientes en la conectividad	7
6. Modalidad de atención en ambulatorio	7
6.1 Prestaciones que requieren de autorización previa	7
6.2 Registro de atención médica	7
6.2.1 Planilla de atención	8
6.2.2 Pedido médico	8
6.2.3 Impresión del ticket de autorización	8
6.3 Auxiliares de la medicina: prestaciones realizadas por sesión	8
6.4 Medicamentos en ambulatorio	8
6.4.1 Programas especiales	9
7. Internaciones y prórrogas	9
7.1 Autorización de la internación	9
7.1.1 Autorizaciones quirúrgicas	9
7.1.2 Autorizaciones de internaciones	9
7.1.3 Autorizaciones internaciones domiciliarias	9
7.1.4 Autorizaciones de alimentación	9
7.2 Comunicación de la internación	10
7.3 Pedido de prórroga	10
7.4 Prácticas efectuadas en internación	10
7.5 Internaciones Programadas	11
7.6 Reprogramación de Internaciones	11
7.7 Fecha Alta Sanatorial	11
7.8 Medicamentos en Internación	11
7.9 Gestión de Medicamentos de Alto Costo (MAC)	12
7.9.1 Notificación del inicio de tratamiento	12
7.9.2 Requisitos del pedido médico	12
7.9.3 Revisión de Auditoría Médica	12
7.9.4 Provisión, Reposición o Autorización a Facturar (F4)	12
7.10 Provisión de Prótesis y/o Insumos	13
7.11 Prácticas Médicas y Seguridad del Paciente	13

7.12 Días de Pensión	13
7.13 Internación / Atención Domiciliaria	14
7.14 Servicio de traslados programados	14
8. Requisitos que deben cumplimentar los pedidos médicos	15
8.1 Requisitos comunes para toda prescripción	15
8.2 Requisitos específicos según el tipo de solicitud	16
8.2.1 Medicamentos en ambulatorio	16
8.2.2 Medicamentos de alto costo	16
8.2.3 Internaciones de urgencia o programadas	16
8.2.4 Solicitud de prótesis e insumos	16
8.2.5 Solicitud de alimentación enteral y parenteral	16
9. Requisitos que deben cumplimentar las historias clínicas	16
9.1 Datos mínimos de la historia clínica	16
9.2 Documentación complementaria según tipo de prestación	17
10. Actualización de datos de prestadores	17
10.1 Información a remitir	17
11. Normas de facturación	18
11.1 Criterios generales de facturación	18
11.2 Auxiliares de la medicina	19
11.3 Plazos de presentación y validez de formularios	19
11.4 Prestaciones que requieren informe médico	19
11.5 Facturación de prestaciones múltiples o simultáneas	20
11.6 Facturación de prestaciones endoscópicas	20
11.7 Modalidad de facturación	20
11.7.1 Modalidad 1: Presentación con Factura	21
11.7.2 Modalidad 2: Presentación Sin Factura Inicial	21
11.8 Soporte digital de prestaciones	21
11.8.1 Confección del Soporte digital de prestaciones	22
11.9 Documentación respaldatoria	22
11.9.1 Ambulatorio	22
11.9.2 Internación	23
11.10 Presentación de documentación respaldatoria	23
11.10.1 Presentación digitalizada	24
11.10.2 Presentación en físico	24
11.11 Órdenes de pago y planillas de débitos	24
11.12 Requisitos de facturación	25
11.13 Prestaciones alcanzadas por recupero SURGE	25
12. Reclamos por débitos y refacturaciones	26
12.1 Reclamo por débitos	26
12.2 Refacturación de prestaciones	26
13. Cierre	27
ANEXO I -Vías de contacto-	28
ANEXO II -Estudios Previos a Presentar para Cirugías y Prácticas Especiales-	30
ANEXO III -Listado de Medicamentos de Alto Costo-	33
ANEXO IV -Prestaciones alcanzadas por recupero SURGE-	39

1. Introducción

En SanCor Salud, valoramos la cercanía y el trabajo en conjunto con nuestros prestadores. Estas Normas Operativas y de Facturación para Prestadores fueron diseñadas para establecer pautas claras y prácticas que faciliten nuestra relación y permitan un trabajo conjunto ágil y eficiente.

Estas normas brindan un marco común para la atención de nuestros asociados y la facturación del servicio brindado, convencidos de que una relación basada en el respeto, la transparencia y la cooperación fortalece nuestro vínculo de trabajo.

2. Consideraciones generales

Estas normas son aplicables a todos los prestadores que brindan servicios a nuestros asociados, en el marco del convenio vigente y de las reglamentaciones aplicables al momento de la atención.

La identificación, codificación y facturación de las prestaciones se realizará tomando como referencia el Nomenclador Nacional y las disposiciones regulatorias vigentes, junto con las condiciones definidas en cada convenio.

Asimismo, las coberturas brindadas por SanCor Salud se encuadran dentro del marco prestacional definido por el Programa Médico Obligatorio (PMO) y sus normas complementarias.

Para garantizar una facturación correcta, todas las prestaciones deben estar previamente convenidas, autorizadas y/o presupuestadas.

El incumplimiento de estas pautas podrá derivar en la aplicación de débitos definitivos.

3. Conectividad con prestadores

Los prestadores se vinculan con SanCor Salud a través de nuestras herramientas digitales diseñadas para garantizar un servicio ágil y eficiente:

» **Autogestor de Prestadores:** una plataforma web que permite gestionar validaciones, consultas y trámites relacionados con las prestaciones y su facturación. Para operar en ella, cada prestador debe estar registrado con su usuario y contraseña.

» **Web Service:** un sistema integrado para la validación y autorización de asociados y prestaciones ambulatorias.

Ambas herramientas permiten gestionar validaciones y autorizaciones de manera ágil y precisa.

4. Acreditación y validación en atención ambulatoria

Siempre que se presente un asociado, el prestador deberá solicitar su credencial (física o digital) y el DNI para acreditar su identidad, tanto al momento de solicitar el turno como al momento de la atención.

4.1 Al momento de solicitar el turno

El prestador debe validar en el Autogestor de Prestadores (sección "Validación Online / Pre-validación Prestaciones Ambulatorio"):

- que el asociado se encuentre activo;
- que el plan esté incluido en el convenio;
- si la prestación requiere autorización previa (Formulario N° 4).

4.2 Al momento de la prestación

4.2.1 Gestionar la autorización de la prestación

El sistema emitirá la autorización online o, en su defecto, informará que se requiere autorización previa emitida por SanCor Salud (Formulario N° 4) o bien el rechazo con su motivo correspondiente.

4.2.2 Cargar el token de autorización

El token es el mecanismo habitual de validación y deberá ser presentado por el asociado al momento de la atención. Puede obtenerse a través de la App, web o WhatsApp.

Como regla general, toda autorización requiere token y cada transacción deberá validarse con uno diferente. Podrá ser generado por cualquier integrante del grupo familiar.

En prestaciones realizadas por sesión, cada sesión deberá validarse individualmente con su token correspondiente (un token por transacción por día).

4.2.3 Excepciones al uso de token

De manera excepcional, no se solicitará token en los siguientes casos:

- Prestaciones de anatomía patológica
- Prestaciones de anestesia
- Asociados a partir de los 65 años

En asociados de 65 años o más, se deberá solicitar la conformidad según se indica en el punto 6.2 (Registro de atención médica).

4.2.4 Atención en guardia

Cuando el ámbito de atención sea guardia:

- El sistema solicitará token únicamente al autorizar la consulta en guardia.
- No se solicitará token para las prestaciones derivadas de esa primera atención en el mismo ámbito.

Por ello, deberá seleccionarse correctamente el ámbito de atención al momento de autorizar.

Aunque no se solicite token para las prestaciones sucesivas derivadas de la guardia, todas deberán validarse online.

Importante:

La prevalidación del asociado al momento de otorgar el turno evitará inconvenientes, demoras o rechazos al momento de la atención.

Todas las prestaciones a realizar en ámbito ambulatorio deberán contar con autorización, ya sea online o mediante Formulario N° 4.

5. Inconvenientes en la conectividad

Cuando una transacción no pueda ser gestionada o genere un mensaje de rechazo, deberá actuarse de la siguiente manera:

Cierre y abra nuevamente la sesión para que puedan correr las actualizaciones pendientes.

En caso que el inconveniente persista, deberá comunicarse con el [Contact Center de Prestadores](#), donde se brindará asistencia para resolver el inconveniente técnico.

Antes de contactarse con el [Contact Center de Prestadores](#), deberá contar con la siguiente información:

- Código de identificación: CUIT o número de prestador.
- Captura de pantalla del error (si corresponde).
- Descripción del inconveniente y de cómo afecta la operación.

Si el desperfecto ocurriera fuera del horario de atención del Contact Center de Prestadores, deberá notificarlo a primera hora del siguiente día hábil.

6. Modalidad de atención en ambulatorio

6.1 Prestaciones que requieren de autorización previa

Cuando al validar una prestación, la respuesta indique que requiere autorización previa, la prestación deberá contar con el Formulario N° 4 vigente al momento de la atención.

La autorización podrá ser gestionada por el asociado o por el prestador, según las vías habilitadas. En todos los casos deberá adjuntarse la documentación correspondiente.

El Formulario N° 4 es válido en formato digital o físico y, junto con el pedido médico, tiene una validez de 60 (sesenta) días desde su fecha de emisión.

6.2 Registro de atención médica

La atención médica deberá registrarse prioritariamente mediante autorización online, utilizando el token brindado por el asociado al momento de la atención, como mecanismo habitual de validación.

Únicamente en situaciones excepcionales y expresamente autorizadas por SanCor Salud, cuando no resulte posible utilizar la autorización online, podrán emplearse modalidades alternativas de registro. En todos los casos deberá constar la firma, aclaración y DNI del asociado.

En estos casos, deberá optarse por una única modalidad de registro de conformidad por cada atención, pudiendo utilizarse alguna de las siguientes opciones:

6.2.1 Planilla de atención

Deberá completar la planilla con todos los datos solicitados y confeccionar una planilla para prestaciones correspondientes al segmento GRAV y otra para prestaciones correspondientes al segmento NO GRAV. Estas planillas podrán descargarse del [Autogestor de Prestadores](#).

6.2.2 Pedido médico

Podrá registrar la conformidad del asociado al dorso del pedido médico que posteriormente adjuntará en la presentación de la facturación.

6.2.3 Impresión del ticket de autorización

Esta modalidad será válida para asociados a partir de los 65 años cuando la atención se registre sin utilización de token.

En ese caso, podrá imprimirse el Ticket de Autorización emitido por el Autogestor de Prestadores como comprobante de la transacción, debiendo registrarse en él la conformidad del asociado.

6.3 Auxiliares de la medicina: prestaciones realizadas por sesión

- En el caso de Salud Mental, para los códigos de psicoterapia familiar, de pareja o grupal, además del token, deberá constar la firma de los integrantes concurrentes a la sesión a partir de los 16 años.
- El código de domicilio se reconocerá en prácticas por sesiones grupales uno por grupo familiar, no por cada integrante
- En el caso de una autorización con más de una sesión emitida mediante Formulario N° 4, deberá detallarse la fecha de realización de cada una de las sesiones facturadas y contarse con la conformidad del asociado correspondiente.
- En el caso de Kinesiólogos, Terapistas Ocupacionales, Psicopedagogos y Psicomotricistas: la prescripción de la prestación debe ser realizada con sello y membrete del médico o clínica habilitada para dicho fin. No podrán autoindicarse prestaciones.

6.4 Medicamentos en ambulatorio

La prescripción de medicamentos deberá efectuarse conforme a los requisitos establecidos en el punto 8 (Requisitos que deben cumplimentar los pedidos médicos), del presente documento.

6.4.1 Programas especiales

En los tratamientos comprendidos en programas especiales, el profesional tratante deberá completar, cuando corresponda, la documentación específica requerida para que el asociado pueda iniciar el trámite ante SanCor Salud.

Entre ellos se incluyen tratamientos con medicamentos especiales (alto costo), HIV, diabetes y oncología.

Los formularios vigentes se encuentran disponibles en los canales oficiales de SanCor Salud.

7. Internaciones y prórrogas

7.1 Autorización de la internación

El prestador deberá gestionar, a través de los canales habilitados, la autorización de internaciones, prórrogas, internaciones programadas y de urgencia.

Asimismo, deberá gestionar las autorizaciones de medicamentos de alto costo, provisión de prótesis e insumos y otras prestaciones vinculadas a la internación.

Los canales vigentes se encuentran detallados en el apartado [Vías de Contacto](#).

7.1.1 Autorizaciones quirúrgicas

Este canal se encuentra habilitado para solicitar autorizaciones de procedimientos quirúrgicos.

Para garantizar su correcta gestión, las solicitudes deberán ingresarse con la siguiente anticipación mínima:

- Cirugías sin materiales: siete (7) días hábiles.
- Cirugías con materiales y/o presupuestos: diez (10) días hábiles.

7.1.2 Autorizaciones de internaciones

Está habilitada para solicitar autorizaciones de internaciones clínicas, denuncia de internaciones por guardia, prórrogas y censo.

7.1.3 Autorizaciones internaciones domiciliarias

Está habilitada para solicitar pedidos de internación domiciliaria.

7.1.4 Autorizaciones de alimentación

Está habilitada para solicitar pedidos de alimentación enteral/parenteral para asociados con internación sanatorial o domiciliaria.

7.2 Comunicación de la internación

Tanto para las internaciones programadas como las de urgencias, el prestador deberá informar la internación el día del ingreso del paciente o el primer día hábil inmediato posterior, enviando por correo electrónico, a las direcciones mencionadas anteriormente, el aviso o pedido médico consignando los datos de manera obligatoria y con letra legible, de acuerdo como se especifica en el punto 8 (Requisitos que deben cumplimentar los pedidos médicos).

Una vez recibida la información, desde SanCor Salud se efectuará el control técnico-administrativo y se emitirá el Formulario N° 6, consignando la cantidad de días autorizados por Auditoría Médica.

Cuando se trate de internaciones quirúrgicas, partos o cesáreas, se consignarán además los códigos correspondientes.

7.3 Pedido de prórroga

Una vez cumplidos los días de internación autorizados en el Formulario N° 6 Aviso de Internación, si el asociado necesita 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 la cantidad de días a solicitar.

El prestador deberá efectuar el mismo circuito según lo detallado en el punto 7.2 (Comunicación de la internación).

Desde SanCor Salud se procederá a emitir el Formulario Prórroga de Internación, donde se especificará la cantidad de días autorizados por Auditoría Médica.

Solo se abonarán los días debidamente autorizados, sujetos a auditoría médica de facturación.

7.4 Prácticas efectuadas en internación

Las prácticas efectuadas durante la internación no requieren autorización previa, a excepción de:

- Procedimientos quirúrgicos correspondientes a los capítulos 01 al 13 inclusive, salvo las siguientes prácticas:
 - » 01.03.09 Punción lumbar
 - » 05.02.02 Traqueostomía convencional
 - » 05.04.07 / 05.04.08 Pleurocentesis
 - » 07.01.70 / 07.01.77 / 07.06.15 Colocación de vía central
 - » 08.02.12 Paracentesis

- Materiales.
- Prestaciones que requieran presupuesto.

7.5 Internaciones Programadas

En estos casos, el pedido médico deberá estar acompañado de estudios previos y/o documentación respaldatoria y detallar la fecha prevista de realización de la cirugía.

Todo ello de acuerdo a lo especificado en el documento [ANEXO II - Estudios Previos a Presentar para Cirugías y Prácticas Especiales](#).

Con esta información se generará el Formulario N° 6 de autorización.

7.6 Reprogramación de Internaciones

En caso de reprogramación de internaciones, si fue emitido el Formulario N° 6, el prestador deberá comunicar la nueva fecha, cumplimentando el mismo circuito indicado en el punto 7.1 (Autorización de la internación).

7.7 Fecha Alta Sanatorial

El prestador deberá informar las altas sanatoriales, en aquellos casos que no se reciba esta información, se considerará como fecha de alta sanatorial el día inmediato posterior al último día de internación autorizado.

Por esta razón, el prestador deberá contar con la autorización de todos los días de internación, para evitar la aplicación de débitos a la facturación correspondiente.

El prestador deberá comunicarlas a la dirección de correo electrónico de "Autorizaciones de internación" indicada en las [Vías de contacto](#).

7.8 Medicamentos en Internación

- El valor facturado de los medicamentos deberá responder a un valor promedio de manual farmacéutico (Kairos / Alfa Beta). En caso de que se facturen marcas comerciales de mayor costo a la media, se aplicarán débitos que ajustarán la diferencia.
- Las farmacias deben contar con todas las habilitaciones requeridas por la entidad regulatoria para la recepción, conservación y distribución de medicamentos.
- Todos los medicamentos que se encuentran fuera del Manual Farmacéutico y/o sean RAEM llevan autorización previa por parte de Auditoría Médica y son provistos por SanCor Salud. Deberán ser solicitados en la casilla de correo informada en el apartado [Vías de contacto](#).

7.9 Gestión de Medicamentos de Alto Costo (MAC)

Los medicamentos de alto costo que integran un grupo de fármacos cuyo uso y facturación están regulados por un procedimiento específico son:

- Todos los medicamentos incluidos en el [Listado de Medicamentos de Alto Costo](#).
- Medicamentos que se encuentren fuera de Manual Farmacéutico (Alfa Beta o Kairos) y/o sean RAEM (uso compasivo o importados).

7.9.1 Notificación del inicio de tratamiento

El inicio de un tratamiento con un MAC en internación debe ser notificado en tiempo real al sector de medicamentos de internación a través del correo indicado en [Vías de Contacto](#), sin excepción.

Dicha notificación deberá acompañarse, como mínimo, de:

- Pedido médico
 - Resumen de historia clínica, estudios, cultivos, y toda documentación que respalde o justifique la indicación de dicho esquema medicamentoso, de manera tal que permita la evaluación de la pertinencia por Auditoría Médica de SanCor Salud.
 - Dejar por escrito la solicitud de provisión o reposición de las unidades si el caso lo permite.
- Caso contrario y siempre que corresponda, adjuntar presupuesto con valor por unidad del MAC.

7.9.2 Requisitos del pedido médico

La prescripción de medicamentos deberá efectuarse conforme a los requisitos establecidos en el punto 8 (Requisitos que deben cumplimentar los pedidos médicos), del presente documento.

7.9.3 Revisión de Auditoría Médica

Todos los pedidos médicos estarán sujetos a revisión por Auditoría Médica.

En caso de negativa, ésta será comunicada por correo electrónico y en forma telefónica al prescribiente.

7.9.4 Provisión, Reposición o Autorización a Facturar (F4)

Una vez autorizada por Auditoría Médica, la gestión por parte del sector Medicamentos de Internación podrá resolverse mediante alguna de las siguientes modalidades:

» Provisión/Reposición

Se gestionará por droguería e informará entrega por correo electrónico.

Los tiempos de provisión pueden variar según disponibilidad y logística, y se resuelven habitualmente dentro de las **24 a 48 horas hábiles** desde la emisión del pedido.

Los horarios de entrega son de **lunes a viernes de 8 a 20 horas**. Los pedidos gestionados hasta el viernes a las 16 horas podrán entregarse el sábado.

En **Gran Buenos Aires, CABA, Córdoba y Rosario**, la entrega podrá realizarse dentro de las 24 horas o el mismo día, si el pedido se recepciona antes de las 16 horas.

» Autorización a Facturar

Se emitirá un Formulario N°4 de autorización valorizado que deberá ser presentado posteriormente por el prestador con la facturación.



Importante:

El tiempo estimado de respuesta es de hasta 24 horas, pudiendo extenderse en los casos que requieran presupuesto.

7.10 Provisión de Prótesis y/o Insumos

Para los casos de internaciones que requieren la Provisión de Prótesis y/o Insumos, deberán cumplirse con los requisitos de los pedidos médicos, indicados en punto 8 (Requisitos que deben cumplimentar los pedidos médicos).

7.11 Prácticas Médicas y Seguridad del Paciente

- Aquellas desatenciones en el cuidado de la salud o prácticas médicas que hayan generado una complicación no deseada en el paciente y hubieran derivado en otras prácticas destinadas a subsanarla, así como también en una mayor cantidad de días de internación, serán pasibles de débitos.
- Toda práctica que no pudo haberse completado en su totalidad se abonará en un 50%, ya sea honorarios y gastos. Estos porcentajes podrán variar según las características de la práctica y los costos.
- En relación a códigos de monitoreo cardiovascular intraoperatorio, se tendrá en cuenta el Nomenclador Nacional.

7.12 Días de Pensión

- No se reconocerán los días de internación previos a cirugías programadas como único motivo de estadía.
- En el caso de que la evolución del médico tratante no sea legible, la facturación del o de los

días de pensión podrá dar lugar a débitos o a la devolución de la documentación.

- Cuando no exista en la historia clínica evolución médica en uno de los días, no se abonará dicho día bajo ninguna circunstancia.
- Para aquellas internaciones de duración menor a 12 hs., se abonará media pensión.

7.13 Internación / Atención Domiciliaria

» Para la autorización el prestador deberá enviar:

- Pedido médico de prestaciones, medicamentos e insumos a suministrar.
- Historia clínica realizada por el médico de cabecera o Institución Sanatorial.
- Pacientes Crónicos: La empresa de Internación Domiciliaria, deberá enviar un informe médico de los pacientes crónicos en forma mensual, para evaluar la situación de los mismos.

» Particularidades a tener en cuenta:

- Medicamentos: informar dosis y tiempo de tratamiento estimado. Adjuntar las recetas correspondientes.
- Oxígeno: debe solicitarse en pedido médico separado, indicando el requerimiento diario.
- Insumos: detallar las cantidades requeridas.
- Alimentación Enteral/Parenteral: aclarar si requiere fórmula magistral o genérica, como así también si lleva el uso de bomba o no.
- Los medicamentos vinculados a la internación domiciliaria, tendrán una cobertura al 100%, siempre y cuando sean parenterales u opioides. El resto de medicamentos se gestiona con cobertura según plan.
- Toda prestación única (a excepción de enfermería), no incluida dentro de la internación domiciliaria, se gestiona por cartilla.

» Para la facturación deberá enviar:

- Mensualmente las evoluciones de cada paciente realizada por los profesionales intervinientes.
- Anualmente o con cada cambio/quita o agregado de prestaciones justificativo médico y objetivos del tratamiento.

7.14 Servicio de traslados programados

El traslado de ambulancia programado está contemplado en aquellos casos en los cuales el asociado deba concurrir a un centro de diagnóstico o tratamiento y que por su afección se encuentre imposibilitado de movilizarse por sus propios medios habituales de transporte. También se contempla derivación por falta de complejidad o disponibilidad a otro centro médico.

La solicitud de traslado o derivación deberá gestionarse a través de los canales indicados en el apartado [Vías de Contacto.](#)

En el caso de traslado programado, deberá gestionarse con una anticipación mínima de dos (2) horas, dependiendo la distancia a recorrer, y remitir la Indicación Médica que justifique el pedido, detallando además el tiempo estimado para la puntualidad del arribo. Si es por falta de complejidad o disponibilidad se realizará según recurso en el resto de los prestadores.

8. Requisitos que deben cumplimentar los pedidos médicos

Para la autorización y facturación de prestaciones realizadas en ambulatorio o internación, así como para la indicación de medicamentos, estudios, prácticas, procedimientos y dispositivos médicos, será obligatoria la presentación del pedido médico correspondiente.

Los pedidos médicos deberán emitirse en forma clara y legible, conforme a la normativa nacional vigente aplicable, incluyendo las disposiciones establecidas por:

- Ley Nacional N° 25.649 (prescripción por nombre genérico)
- Ley N° 27.553 (receta electrónica o digital)
- Normativa complementaria vigente, según corresponda.

Solo se permitirá la emisión en formato papel en casos excepcionales previstos por la normativa vigente o en situaciones debidamente justificadas.

Los documentos digitales deberán garantizar autenticidad, integridad y trazabilidad de la información.

8.1 Requisitos comunes para toda prescripción

Además de los requisitos establecidos por la normativa vigente, todo pedido médico deberá contener la siguiente información general, necesaria para su correcta gestión administrativa y auditoría:

- membrete del profesional o institución con dirección y teléfono de contacto
- número de asociado, cuando corresponda
- plan
- nombre de la obra social o entidad financiadora
- diagnóstico claramente identificado

8.2 Requisitos específicos según el tipo de solicitud

Además de los requisitos generales, cada pedido médico deberá incorporar la información complementaria que corresponda según el tipo de prestación o solicitud.

8.2.1 Medicamentos en ambulatorio

- hasta cinco (5) medicamentos por receta.

8.2.2 Medicamentos de alto costo

- número telefónico de contacto directo del profesional prescriptor y/o médico a cargo.

8.2.3 Internaciones de urgencia o programadas

- tipo de internación
- cantidad de días solicitados o estimados
- fecha probable y códigos correspondientes en caso de cirugía programada

8.2.4 Solicitud de prótesis e insumos

- detalle del material o insumo solicitado
- características técnicas requeridas
- lugar de entrega, cuando corresponda

8.2.5 Solicitud de alimentación enteral y parenteral

- detalle de la fórmula indicada
- tipo de prestación
- identificación del médico responsable

9. Requisitos que deben cumplimentar las historias clínicas

Las historias clínicas deberán presentarse redactadas en forma legible, sin abreviaturas y con información suficiente que permita respaldar médica y administrativamente la prestación facturada.

9.1 Datos mínimos de la historia clínica

Deberán contener como mínimo:

- datos completos del asociado;
- fecha y hora de ingreso y egreso;
- diagnóstico y evolución diaria, con firma y sello del profesional actuante;

- indicaciones médicas y hojas de cumplimiento de enfermería, cuando corresponda;
- diagnóstico de egreso (epicrisis);
- evolución de toda práctica realizada por sesiones o interconsultas, firmada y sellada por el profesional actuante;
- En caso de interconsultas o prácticas, deberá constar en la historia clínica y adjuntarse el informe correspondiente.

9.2 Documentación complementaria según tipo de prestación

Además, según corresponda, se deberá adjuntar:

- En internaciones quirúrgicas: protocolo quirúrgico, foja de anestesia y consentimiento informado.
- En procedimientos que incluyan colocación de material protésico: informe acompañado del sticker correspondiente.
- En prácticas que incluyan toma de muestra de material biológico: informe de anatomía patológica.
- En solicitudes de alimentación enteral o parenteral deberá consignarse: peso y talla actual del asociado, diagnóstico, requerimiento calórico diario y relación entre peso corporal y aporte calórico indicado.

10. Actualización de datos de prestadores

Es responsabilidad del prestador mantener actualizados sus datos e informar oportunamente cualquier modificación en su información registrada o en la nómina de profesionales y/o instituciones vinculadas.

En el caso de entidades intermedias, cada seis (6) meses se solicitará la validación de datos registrados. Se emitirán hasta tres avisos sucesivos. Luego del tercer aviso, no será posible avanzar en otras gestiones hasta completar la validación o actualización correspondiente.

La actualización deberá gestionarse a través del [Contact Center de Prestadores](#).

10.1 Información a remitir

El prestador deberá remitir archivo en formato Excel con los datos correspondientes según su tipo de organización.

Entidades sanatorias

- nombre y apellido;
- CUIT;
- matrícula;
- especialidad;
- correo electrónico;
- teléfono.

Entidades intermedias que agrupan personas físicas

- nombre y apellido;
- CUIT;
- matrícula;
- especialidad;
- domicilio de atención;
- localidad;
- teléfono;
- correo electrónico;
- categoría, en caso de corresponder.

Entidades intermedias que agrupan personas jurídicas

- razón social;
- nombre de fantasía;
- CUIT;
- domicilio;
- localidad;
- teléfono;
- correo electrónico.

11. Normas de facturación

11.1 Criterios generales de facturación

- La facturación deberá realizarse conforme a los códigos y condiciones pactadas en el convenio vigente.
- No se podrán facturar prestaciones prescritas y/o realizadas por profesionales cuya especialidad no corresponda a la práctica efectuada.
- Al momento de facturar una prestación previamente autorizada online, el prestador deberá verificar que la entidad facturadora coincida con la registrada en la autorización correspondiente. En caso de discrepancia, se generará un débito automático.

- Cuando un asociado realice dos (2) consultas en el mismo día con el mismo profesional, o más de cuatro (4) consultas mensuales con un mismo profesional, se deberá adjuntar la historia clínica que justifique dichas atenciones.
- No deberán perforarse ni obstruirse los códigos de barras en los tickets y/o formularios, para permitir su correcta lectura. Si presenta la documentación en formato digital, ésta debe visualizarse correctamente.
- La facturación de materiales descartables de alto costo y/o de uso no habitual, deberá estar acompañada de comprobantes de uso. En caso de que el valor de mercado utilizado exceda a la media, la facturación podrá percibir débitos de ajuste, aun habiendo presentado comprobantes.

11.2 Auxiliares de la medicina

- En caso de prestaciones sesionadas, al momento de facturar, deberá presentar el pedido médico acompañado de la documentación respaldatoria, en los casos que corresponda.
- Prestaciones en Internación: para su facturación deberán presentar pedido médico, con copia de Hojas de Internación con prestaciones evolucionadas, firmadas y selladas por el profesional actuante, consecutivas a la evolución médica del día correspondiente.

11.3 Plazos de presentación y validez de formularios

El Prestador cuenta con los siguientes plazos para la facturación de las prestaciones:

- En Ambulatorio NOVENTA (90) días corridos a partir de la fecha de realización de la práctica.
- En Internación CIENTO VEINTE (120) días corridos desde la fecha de realización de la prestación.
- En Internaciones prolongadas que superen los TREINTA (30) días, deberá realizar un corte mensual, a los fines de la facturación. Luego de la primera presentación, a la que deberá adjuntarse el Formulario de autorización N° 6, la facturación se realizará anexando las prórrogas correspondientes al período facturado.
- Formularios de autorización previa: la prestación debe realizarse antes de la fecha de vencimiento que se detalla en el mismo. Si el asociado presenta un formulario vencido, se le deberá requerir la correspondiente actualización.
- Para los formularios en los que se autorizan sesiones, la primera sesión deberá realizarse dentro de la fecha de validez del formulario.

11.4 Prestaciones que requieren informe médico

Todo procedimiento ambulatorio deberá acompañarse del informe de resultado correspondiente.

En caso de haberse realizado toma de muestra de material biológico, deberá presentarse indefectiblemente el informe de Anatomía Patológica.

En procedimientos quirúrgicos que impliquen extracción de piezas, biopsias o material para estudio anatómopatológico, deberá adjuntarse dicho informe al momento de la facturación.

Las prácticas diagnósticas tales como RMN, TAC y eco doppler deberán contar con el informe respectivo. Asimismo, en el Autogestor de Prestadores, menú "Solicitar Preliquidación", deberá indicarse si el resultado fue "Normal" o "Patológico".

11.5 Facturación de prestaciones múltiples o simultáneas

Cuando se facturen múltiples prestaciones, se aplicarán las compatibilidades, exclusiones y criterios de reconocimiento establecidos en el Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y/o normativa vigente.

En caso de realización simultánea de dos prestaciones moduladas en un mismo acto asistencial, se reconocerá el 100% de la práctica de mayor valor y el 50% de la de menor valor, salvo disposición distinta en el convenio vigente y/o lo indicado en el siguiente punto referido a endoscopías.

11.6 Facturación de prestaciones endoscópicas

Para las prestaciones endoscópicas se aplicarán los siguientes criterios de reconocimiento y facturación:

- En pólipos menores o iguales a 5 mm, corresponderá el reconocimiento del código de endoscopia diagnóstica.
- La polipectomía tendrá reconocimiento en lesiones polipoides mayores a 5 mm.
- La mucosectomía tendrá reconocimiento en pólipos sésiles mayores a 1 cm y en lesiones planas, conforme informe médico respaldatorio.
- Cuando se facturen VEDA y VCC en el mismo acto, se reconocerá la práctica de mayor valor al 100% y la de menor valor al 75%.

11.7 Modalidad de facturación

En todos los casos y cualquiera sea la forma de presentación, la facturación deberá realizarse dividida en dos facturas, en función del segmento al que pertenezca el asociado (GRAV o NO GRAV), a excepción del monotributista que puede presentar ambos segmentos en una sola factura.

La presentación de la facturación deberá realizarse en forma mensual y en una única fecha de presentación, incluyendo la totalidad de las prestaciones correspondientes al período facturado.

A continuación se describen dos modalidades a optar por el prestador para la presentación de la facturación, en el marco de la normativa vigente (Resolución General AFIP 4540 y sus modificatorias).

11.7.1 Modalidad 1: Presentación con Factura

El prestador deberá presentar la factura correspondiente junto con el soporte digital de prestaciones o preliquidación y la documentación respaldatoria, para su ingreso y procesamiento.

Si durante el proceso de liquidación se generan débitos, la Planilla de Débito será enviada al cierre de la liquidación y también estará disponible para su consulta en el Autogestor de Prestadores, conforme al instructivo vigente.

La presentación de la facturación deberá realizarse en forma mensual y en una única fecha de presentación, incluyendo la totalidad de las prestaciones correspondientes al período facturado.

En esos casos, el sistema requerirá la emisión y presentación de la Nota de Crédito correspondiente, a efectos de su compensación.

La emisión y el envío de la Nota de Crédito sólo serán necesarios cuando existan débitos. Cuando corresponda, su presentación será indispensable para poder efectuar el pago.

11.7.2 Modalidad 2: Presentación Sin Factura Inicial

El prestador podrá confeccionar un Soporte digital de prestaciones o preliquidación, conforme a los datos y formato establecidos en el apartado correspondiente.

Esta modalidad constituye una instancia de validación previa, sin efectos fiscales, y deberá presentarse junto con la documentación respaldatoria en forma previa a la emisión de la factura.

Una vez analizada la presentación por SanCor Salud, el importe a facturar quedará detallado en la Planilla de Débito emitida al cierre de la liquidación, la cual también podrá descargarse desde el Autogestor de Prestadores.

Posteriormente, el prestador deberá emitir la factura correspondiente, adjuntándola en la sección habilitada del Autogestor de Prestadores.

El pago se efectuará dentro de los plazos convenidos, una vez presentada la factura.

11.8 Soporte digital de prestaciones

Junto a cada presentación (con o sin factura), deberá presentarse el Soporte digital de prestaciones (archivo Excel o TXT con el detalle de lo presentado), tanto en ambulatorio como en internación.

Deberá presentarse un único Soporte digital de prestaciones cuando la presentación incluya varias facturas, identificando en una columna adicional a qué factura corresponde cada prestación. Del mismo modo, también deberá identificarse el segmento correspondiente, discriminando las prestaciones gravadas con IVA y las prestaciones exentas o no alcanzadas, o bien informando el valor del IVA cuando corresponda.

El Soporte digital de prestaciones deberá adjuntarse en cada una de las presentaciones que incluya. En caso de no identificar a qué facturación corresponde cada prestación, deberá presentarse un Soporte digital de prestaciones por cada factura presentada.

Las prestaciones en ambulatorio que no llevan autorización previa y son autorizadas a través del Autogestor de Prestadores cuentan con la opción de exportar el resumen de preliquidación.

11.8.1 Confección del Soporte digital de prestaciones

Datos que debe contener el Soporte digital de prestaciones en Excel:

- Asignarle a cada resumen un número correlativo para que se pueda realizar el seguimiento.
- Datos del asociado
 - » N° de asociado o N° de documento
 - » Apellido y nombre
- Sobre los importes: Colocar importe unitario e importe total. Indicar si incluye IVA.
 - » Sobre las prestaciones realizadas:
 - » Fecha de realización
 - » N° de Autorización online o N° de Formulario
 - » Código de la prestación (convenido). En caso de medicamentos código Alfa Beta.
 - » Descripción
 - » Cantidad
 - » Componente: Honorarios y/o gastos.
 - » N° de factura en la cual se incluye.
- Sobre el Efector y Prescriptor:
 - » Matrícula o CUIT del efector y prescriptor.
 - » Nombre y apellido del profesional en ambos casos.
- Formatos: Excel (o txt). En caso de formato TXT, corroborar que posea los SEPARADORES o DELIMITADORES.

11.9 Documentación respaldatoria

11.9.1 Ambulatorio

- Para la facturación de prestaciones realizadas en ambulatorio se deberá presentar la documentación

respaldatoria correspondiente: pedidos médicos, formulario de autorización y/o informes de resultado en caso de corresponder.

- Para la facturación de consultas ambulatorias, cuando la atención haya sido validada mediante token genuino, no será requisito la presentación de documentación respaldatoria, salvo en los casos expresamente indicados en esta normativa.
- Para prestadores que utilizan el Autogestor de Prestadores, el Formulario N° 4 deberá validarse online, por lo que se verá reflejado en la preliquidación.
- No será obligatoria la presentación de los formularios de autorización N°4 siempre y cuando los mismos hayan sido validados on line y los números de autorización estén correctamente informados en el resumen.
- Los formularios autorizados son válidos tanto en formato físico como en digital.

11.9.2 Internación

Para la facturación de las prestaciones realizadas en internación, deberán presentarse:

- Formulario N° 6 – Aviso de Internación (válido para facturar)
- Formularios de Prórrogas correspondientes
- Formulario N° 4, únicamente en estos casos:
 - » Cirugías realizadas después de emitir el Formulario N° 6 (autorización del código quirúrgico).
 - » Prácticas, medicación, alimentación o aparatología que requieran autorización previa durante la internación.
 - » Para cirugías o prácticas no convenidas, medicación de alto costo, alimentación u otros requerimientos especiales, se deberá adjuntar el presupuesto autorizado por AMSS.
- Documentación médica respaldatoria:
 - » Epicrisis
 - » Pedidos médicos
 - » Historia clínica legible y sin abreviaturas
 - » Protocolo Quirúrgico / Foja de anestesia
 - » Indicaciones médicas / hojas de cumplimiento de enfermería
 - » Informes de estudios indicados y realizados
 - » Consentimientos quirúrgicos firmados

11.10 Presentación de documentación respaldatoria

La documentación deberá presentarse en formato digital a través de los canales habilitados.

Solo de manera excepcional, y para prestadores que ya cuenten con autorización previa o modalidad vigente de presentación física, podrá admitirse su remisión en formato impreso.

En todos los casos, la conservación de la documentación original será responsabilidad del prestador, conforme a la normativa vigente.

11.10.1 Presentación digitalizada

Esta opción es válida tanto para la modalidad de presentación 1 como para la modalidad de presentación 2. La presentación se realiza mediante el Autogestor de Prestadores.

Se priorizará esta modalidad por ser la vía más ágil y eficiente para la validación y procesamiento de la información.

11.10.2 Presentación en físico

Esta modalidad solo será aplicable a prestadores que ya cuenten con autorización previa vigente para presentación física de documentación.

Comprende la presentación de la facturación, junto con el Soporte digital de prestaciones correspondiente y la documentación respaldatoria.

Cada factura o soporte digital de prestaciones deberá enviarse en forma individual, junto con su correspondiente documentación respaldatoria. No se admitirán envíos separados de comprobantes y documentación.

La documentación deberá remitirse a las siguientes sedes:

- **Sede Central Sunchales:** José Ingenieros 137 – Código Postal 2322 – Sunchales (Santa Fe). De lunes a viernes de 8:00 hs a 16:00 hs
- **Sede Buenos Aires:** Sarmiento 811 – Código Postal 1040 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires. de lunes a viernes de 8:00 hs a 17:00 hs

En caso de presentar la facturación o Soporte digital de prestaciones a través del Autogestor de Prestadores y la documentación respaldatoria en formato físico, será indispensable seleccionar la opción "envío físico" en el Autogestor de Prestadores e identificar correctamente a qué facturación/Soporte digital de prestaciones corresponde la papelería física.

El plazo de pago comenzará a computarse a partir de la recepción completa de la facturación o preliquidación junto con la documentación respaldatoria en la sede correspondiente.

11.11 Órdenes de pago y planillas de débitos

Una vez liquidadas las presentaciones, se enviarán automáticamente por mail las planillas de débito u órdenes de pago correspondientes.

Además, el prestador podrá consultarlas desde el Autogestor de Prestadores.

11.12 Requisitos de facturación

Las facturas o notas de crédito deberán cumplir con los requisitos exigidos por ARCA mediante las Resoluciones Generales 1415, 100 y 3419 sus modificatorias y complementarias (Resolución General AFIP 4540, adjunto al final en el apartado ANEXOS).

El prestador deberá emitir la factura original a nombre de:

“Asociación Mutual SanCor Salud”, C.U.I.T. N° 30-59035479-8, Exento en IVA. 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 prestaciones gravadas con IVA (GRAV)
- Factura tipo “B” sin IVA., para prestaciones no gravadas con IVA (NO GRAV)

Para prestadores Responsables Exentos o Monotributistas:

- Factura o Recibo tipo “C” sin IVA.

Para entidades intermedias:

- Si el convenio facturador es Exento, el profesional actuante es Responsable Inscripto y el asociado es GRAV (Gravados), se abona IVA.

11.13 Prestaciones alcanzadas por recupero SURGE

Las prestaciones alcanzadas por el Sistema Único de Reintegro por Gestión de Enfermedades (SURGE), conforme a la normativa vigente y sus modificatorias, deberán facturarse y presentarse de acuerdo con las condiciones específicas establecidas en el Anexo IV del presente documento.

12. Reclamos por débitos y refacturaciones

12.1 Reclamo por débitos

En caso de que el prestador considere improcedente o errónea la aplicación de un débito, tendrá la posibilidad de efectuar la consulta correspondiente a través de las vías de contacto, detallando CUIT, número de factura o presentación reclamada, motivo del débito cuestionado, detalle de los asociados involucrados y adjuntando la Planilla de Débitos correspondiente al reclamo o consulta.

12.2 Refacturación de prestaciones

En caso de que el prestador considere errónea la aplicación de un débito debidamente fundado, el prestador también podrá optar por la refacturación de dicha prestación/es.

Deberá emitir y presentar un nuevo comprobante (Factura o Nota de Débito) por el importe de los débitos a reclamar, adjuntando toda la documentación respaldatoria y complementaria que justifique la presentación. Deberá confeccionarse un comprobante de refacturación independiente por cada factura originalmente reclamada.

Esta operación se denomina “refacturación por prestaciones debitadas”, la que se realizará en comprobante separado del resto de la facturación, y deberá ser presentado en un plazo no mayor a 60 (sesenta) días a contar desde la carga en el Autogestor de Prestadores de la planilla de débito, eligiendo tipo de envío Comprobante Refacturación.

Se debe indicar en el cuerpo del comprobante que la presentación corresponde a la modalidad de refacturación, para ello es necesario consignar la leyenda “REFACTURACIÓN” (y el número de gestión en caso de haber realizado el reclamo previo)

Toda refacturación presentada quedará sujeta a análisis.

En caso de que no corresponda la refacturación, el prestador deberá enviar la nota de crédito correspondiente por la diferencia.

13. Cierre

Las presentes normas establecen los criterios operativos, administrativos y de facturación aplicables a las prestaciones brindadas a los asociados.

Su cumplimiento resulta obligatorio para todos los prestadores, sin perjuicio de las condiciones particulares que pudieran establecerse en los convenios vigentes.

SanCor Salud podrá realizar las actualizaciones que considere necesarias en función de modificaciones normativas, operativas o de gestión, las cuales serán debidamente comunicadas a través de los canales habituales.

La correcta aplicación de lo aquí establecido contribuirá a una gestión más eficiente, transparente y ordenada, favoreciendo la calidad del servicio y el cuidado de nuestros asociados.

ANEXO I

-Vías de contacto-

Autogestor de Prestadores

<https://autogestionprestadores.sancorsalud.com.ar/#/login>

Consultas generales

» **Contact Center de Prests**

Lunes a viernes de 8:00 a 17:00 h

- WhatsApp: **3417 690470**
- Teléfono: **0800 7777 72583**
- Correo electrónico: atencion.prestadores@sancorsalud.com.ar

Pedidos de autorizaciones

» **Autorizaciones quirúrgicas**

Correo electrónico: autorizaciones.cirugias@sancorsalud.com.ar

» **Autorizaciones de internación**

Correo electrónico: autorizaciones.internaciones@sancorsalud.com.ar

» **Internación domiciliaria**

Correo electrónico: atencion.domiciliaria@sancorsalud.com.ar

» **Alimentación**

Correo electrónico: alimentacion@sancorsalud.com.ar o al **Whatsapp del Contact Center** indicado anteriormente.

» **Prestaciones ambulatorias (prácticas, estudios y tratamientos)**

La gestión se realiza a través de la Plataforma de Autogestión de Prestadores o Web Service, según corresponda.

Gestiones específicas

» **Medicamentos de alto costo**

Correo electrónico: medicamentos.internacion@sancorsalud.com.ar

» **Consulta por débitos**

Correo electrónico: analisis.debitosprestadores@sancorsalud.com.ar

» **Traslados programados**

Atención las 24 horas, todos los días.

Teléfono: **0800-555-7262**

SURGE

Correo electrónico: surge@sancorsalud.com.ar

ANEXO II

-Estudios Previos a Presentar para
Cirugías y Prácticas Especiales-

Cirugía de Cabeza y Cuello

- Cirugía de boca/paladar: TAC y anatomía patológica.
- Cirugía de miopía y astigmatismo. Excimer láser: dioptrías (tiras reactivas).
- Cirugía Anti-angiogénicas (Lucentis, Eylea, Avastin): RHC, TAC de coherencia óptica.
- Cirugía por queratocono: paquimetría, topografía corneal.
- Cirugía de fosas nasales: TAC, endoscopia rinosinusal.
- Cirugía de adenoides: radiografía de cavum.
- Cirugía tiroidea: ecografía y anatomía patológica.
- Cirugía de laringe/faringe: endoscopia de laringe (laringofibroscofia - laringovideos- copia).

Cirugía General

- Cirugía de pared abdominal: ecografía e historia clínica.
- Cirugía de aorta: angiografía, TAC.
- Cirugía de uréteres: ecografía. Uro TAC.
- Cirugía de vejiga: ecografía. Citoscopia. Anatomía patológica (si hubiere).
- Cirugía de colon: colonoscopia. TAC de abdomen y pelvis.
- Sexo masculino: cirugía de próstata: TAC de abdomen y pelvis. PSA. Ecografía.
- Neurocirugía: RMN. Angioresonancia.
- Cirugía de vasos de cuello: doppler. Angiografía.
- Cirugía de mama: mamografía y ecografía.
- Cirugía de pulmón: TAC. Fibrobroncoscopia.
- Cirugía cardiovascular: estudios cardiológicos. CCG. Angiografía.
- Cirugía vascular de miembros inferiores: doppler. Angiografía.

Cirugías Oncológicas

- Adjuntar historia Clínica.
- Anatomía patológica.
- Estudio de diagnóstico previo según órgano (TAC, RMN, PET, centellograma, endoscopia, mamografía, ecografía, etc).

Cirugías Traumatológicas

- Fracturas: imágenes de Rx.
- Artroscopias: imágenes de RMN.
- Cirugía de hombro: imágenes de RMN.
- Cirugía de columna: imágenes de RMN.
- Artroplastia de cadera: imágenes de Rx.
- Cirugía de rodilla: imágenes de RX y RMN.

Stent Dilatadores

- Endoscopia.
- TAC.
- RMN.

Radioterapia

- RHC.
- Informe de biopsia.
- Imagen de la zona a irradiar y dosis (TAC, RMN, centellograma).

Radioterapia de Próstata

- RHC.
- Informe de biopsia.
- PSA.
- Centellograma óseo.
- TAC de abdomen, tórax, pelvis.

ANEXO III

-Listado de Medicamentos
de Alto Costo-

Acción farmacológica		Monodroga	Nombre comercial
Código	Nombre		
4	ANTIBIÓTICOS	AZTREONAM	AZTREONAM (L-ARGININA) RICHET
			AZTREONAM NORGREEN
		CEFTAZIDIMA+AVIBACTAM	ZAVICEFTA 10 UNIDADES
		CEFTOZOLANO - TAZOBACTAM	ZEBRAXA
		DAPTOMICINA	CUBICIN RT
			DAPTOMICINA RICHET
		LINEZOLID	ZYVOX IV 10 BOLSAS
			LINEZOLIDE GEMEPE
			LINEZOLID NORGREEN
		TIGECICLINA	TIGECICLINA LIOFILIZADA PHARMAVIAL 10 UNIDADES
			TIGECICLINA LIOFILIZADA RICHET 10 UNIDADES
			TIZOXIMA 10 UNIDADES
			TYGACIL 10 UNIDADES
		TOBRAMICINA	BRIDUL 56 UNIDADES
			TOBI PODHALER
			TOBRAHALER
			TOBRADOSA HALER 56 UNIDADES
			TOBI 56 UNIDADES
			TUBERBUT 56 UNIDADES
			TOFIB 56 UNIDADES
			TOBRAMICINA CASSARA 56 UNIDADES
			ALVEOTEROL 56 UNIDADES
			TOBRAMITEX 56 UNIDADES
			BELBARMICINA 56 UNIDADES
			ALVEOTEROL 28 UNIDADES

			BELBARMICINA 28 UNIDADES
734	ANTIBIÓTICO ANTIMICÓTICO	ANFOTERICINA B COMPLEJO LIPÍDICO	ABELCET 1 UNIDAD
		ANFOTERICINA B LIPOSOMAL	AMBISOME 1 UNIDAD
			AMBISOME MAS FILTRO 1 UNIDAD
			ANFONAX 1 UNIDAD
		ANFOTERICINA B	ANFOTERICINA B FADA 5 UNIDADES
			ANFOTERICINA B IV NORTHIA 5 UNIDADES
			ANFOTERICINA RICHET 1 UNIDAD
26	ANTIAGREGANTE PLAQUETARIO	SELEXIPAG	GALEXIG
		TIROFIBAN	AGRASTAT
		ABCIXIMAB	REOPRO 1 UNIDAD
1088	ANTIFÚNGICO	ISAVUCONAZOL	CRESEMBA
10	ANTIMICÓTICO	CASPOFUNGIN	CANCIDAS VIAL 1 UNIDAD
			CASPOFUNGINA SANDOZ 1 UNIDAD
			RAGNEROL 1 UNIDAD
		VORICONAZOL	KEFIDIM
			V FEND
			VORICONAZOL PHARMAVIAL 1 UNIDAD
			VORICONAZOL RICHET
			VORICONAZOL SANDOZ
			VORINOVA
859	ANTIMICÓTICO USO SISTÉMICO	ANIDULAFUNGINA	ECALTA
		POSACONAZOL	NOXAFIL
232	ANTIVIRAL	GANCICLOVIR	GANCICLOVIR RICHET 1 UNIDAD
			GRINEVEL 1 UNIDAD
		REMDESIVIR	VEKLURY
		LETERMOVIR	PREVYMIS
		VALGANCICLOVIR	VALGANCICLOVIR SANDOZ
			VALGARD
			VALIXA

600	ANTIVIRAL CONTRA HIV	FOSTEMSAVIR	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
		ENFUVIRTIDE	
		ETRAVIRINA	
		RILPIVIRINA+EMTRICITABINA+TENOF	
		DARUNAVIR	
		MARAVIROC	
		ELVITEGRAVIR+EMTRICITABINA+TENOF	
		DARUNAVIR+COBICISTAT+EMTRICITABI	
		CABOTEGRAVIR	
		EMTRICITABINA+TENOFVIR ALAF.+DO	
		TENOFOVIR+EFAVIRENZ+LAMIVUDINA	
		DOLUTEGRAVIR+ABACAVIR+ LAMIVUDINA	
		EMTRICITABINA+TENOFVIR ALAFEN.+	
		EFAVIRENZ+EMTRICITABINA+TENOFV.	
		DARUNAVIR+RITONAVIR	
		EMTRICITABINA+TENOFVIRDISOPROX.	
		ATAZANAVIR+COBICISTAT	
		DOLUTEGRAVIR+LAMIVUDINA	
		RALTEGRAVIR	
		RILPIVIRINA	
		EMTRICITABINA+TENOFVIR ALAFENAM	
		TENOFOVIR DISOPROXIL+LAMIVUDINA	
		LAMIVUDINA+ZIDOVUDINA+NEVIRAPINA	
		DOLUTEGRAVIR	
		ABACAVIR+LAMIVUDINA	
		EFAVIRENZ	

		DORAVIRINA+LAMIVUDINA +TENOFIVIR	
		DORAVIRINA	
		FOSAMPRENAVIR	
		TENOFIVIR DISOPROXIL	
		LAMIVUDINA+ZIDOVUDIN A	
		LAMIVUDINA	
		ABACAVIR	
		INDINAVIR	
		BACAVIR+LAMIVUDINA+ZI DOVUDINA	
		ZIDOVUDINA	
		NEVIRAPINA	
		ALBUMINA HUMANA	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
576	ANTIHEMOFÍLICO	FACTOR VIII COAGULACIÓN RECOMB. P	
		EPTACOG ALFA	
		FACTOR VIII COAGULACIÓN RECOMB.	
		FACTOR VIII	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
		FACTOR IX	
		FACTOR IX COAGULACIÓN RECOMB.	
		FACTOR VIII+FACT. VON WILLEBRAND	
		FACTOR XIII	
49	ANTIHEMORRÁGICO	EMICIZUMAB	
		ALBUTREPENONACOG ALFA - FACTOR I	
		NONACOG BETA PEGOL - FACTOR IX R	
		ANTI-INHIBIDOR FACTOR VIII	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
		ELTROMBOPAG	
		ROMIPLOSTIM	
		LONOCOTOCOG ALFA - FACTOR VIII RE	

		TERLIPRESINA	
		FACTORES DE COAGULACIÓN	
472	COADYUVANTE COAGULACIÓN	FIBRINÓGENO HUMANO	TODAS LAS MARCAS COMERCIALES
		FACTORES DE COAGULACIÓN	
476	ADHESIVO HEMOSTÁTICO	FIBRINÓGENO HUMANO	BERIPLAST P

ANEXO IV

-Prestaciones alcanzadas por recupero
SURGE-

Las prestaciones alcanzadas por recupero SURGE, conforme a la Resolución vigente N° 731/2023 y sus modificatorias, deberán presentarse junto con el Formulario de Autorización Previa correspondiente.

En todos los casos, la facturación deberá realizarse en forma separada del segmento gravado, **emitiéndose comprobantes individuales por asociado y por obra social, conforme a lo indicado en el Formulario de Autorización Previa.**

1. Solicitud de medicación con recupero SURGE

» Catos del asociado

- Apellido y nombre, o codificación en caso de HIV.
- Número de documento.
- Nombre de la obra social.

» Datos del profesional prescribiente

- Membrete institucional o profesional.
- Dirección y teléfono.
- Droga prescrita (no marca comercial).
- Cantidad.
- Diagnóstico.
- Fecha.
- Firma y sello legible del profesional.

2. Medicamentos autorizados por provisión

Deberá presentarse:

- Factura original (formato digital) a nombre de la Obra Social, con nombres y apellidos del Asociado o codificación en casos de patología VIH.
- Pedido médico. El mismo deberá cumplir los siguientes requisitos: apellido y nombre del Asociado o codificación en caso de HIV, número de documento (excepto en casos de HIV), nombre de la Obra Social, membrete de la Institución o del profesional, dirección y teléfono, droga (no marca comercial), cantidad, diagnóstico, fecha, firma y sello legible del profesional.
- Remito con firma de quien retire la medicación, fecha en que se dispensa, firma y sello legible del Farmacéutico.
- Comprobante de trazabilidad con dispensa trazada hasta la entrega del paciente, incluyendo el RNOS de la Obra Social indicado en el Formulario N° 4.

3. Prestaciones médicas de alta complejidad

Deberá presentarse la siguiente documentación:

- Factura digital a nombre de la obra social, con nombres y apellidos del asociado, fecha de prestación y práctica realizada.
- Pedido médico.
- Copia de protocolo operatorio en casos de cirugías.
- Evolución de la internación.

» A tener en cuenta:

Radioterapia

Deberá presentarse:

- Factura digital.
- Protocolo con nombres y apellidos del asociado.
- Dosis total.
- Cantidad de sesiones realizadas.
- Fecha de inicio y finalización del tratamiento.
- Pedido médico.
- Historia clínica.

Drogadicción

Para internación psiquiátrica para desintoxicación e internación en comunidad terapéutica residencial, deberá presentarse:

- Factura
- Pedido médico de Internación.
- Historia clínica.
- Antecedentes e informe evolutivo donde consten los días cumplidos en el mes de internación.
- Copia de inscripción de la institución en SSS.

Pacientes con internación en instituciones de rehabilitación de alta complejidad (tercer nivel)

Deberá presentarse:

- Indicación del requerimiento de internación en centro de rehabilitación.
- Resumen de historia clínica donde se consignent antecedentes personales del paciente, tratamientos instituidos y resultados obtenidos.
- Detalle del módulo de internación en centro de rehabilitación, donde conste: requerimiento y modalidad de rehabilitación, esquema de seguimiento por parte de profesionales, detalle de prestaciones realizadas contextualizadas en tiempo (diario, semanal, mensual), requerimiento nutricional, medicamentos administrados y requerimiento de asistencia respiratoria.

4. Fertilización asistida (ICSI-FIV / Transferencia)

Deberá presentarse:

- Factura a nombre de la obra social, con nombres y apellidos del asociado, fecha de prestación y práctica realizada.
- Pedido médico.
- Historia clínica.
- Planilla de medicación.
- Protocolo del tratamiento.

5. Prótesis

Deberá presentarse la siguiente documentación:

- Factura, remito y certificado de implante. En todos los casos deberá constar el nombre de la obra social, nombres y apellidos del asociado, fecha de la prestación y práctica realizada.
- Copia de protocolo quirúrgico.
- Stickers.
- originales de la/s prótesis colocada/s.

6. Vías de contacto

Para consultas vinculadas a prestaciones alcanzadas por recupero SURGE, deberán utilizarse los canales específicos detallados en las **Vías de Contacto** del presente documento.

7. Direcciones para envíos

Las direcciones habilitadas para el envío de facturación física y su respectiva documentación respaldatoria correspondiente a prestaciones alcanzadas por recupero SURGE son las siguientes:

- » **Sede Central:** **Mitre 110 – Sunchales – Santa Fe – C.P. 2322 – Sector SURGE.**
- » **Sede Buenos Aires:** **Sarmiento 811 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires – C.P. 1035.**