

## **MODALIDADES OPERATIVAS**

Se detalla el procedimiento administrativo para las coberturas prestacionales de los afiliados al **PLAN OS**, para las siguientes Obras Sociales:

**OSPERSAAMS** (Obra Social Del Personal Asociado A Asociacion Mutual Sancor)

**OSSACRA** (Obra Social De La Asociacion Civil Pro sindicato De Amas De Casa De La República Argentina) a través de SanCor.

**OSPSMBA** (Obra Social del Personal Superior de Mercedes Benz Argentina)

- **Consultas:** El afiliado deberá presentarse con su credencial identificatoria, cuyos modelos se adjuntan en el Anexo I, junto con la reporte de autorización de consulta emitido por GAPRESA S.A. / GEMEPER S.A. ó PREFEX S.A., conforme al modelo del Anexo II.
- **Prácticas ambulatorias, Laboratorio, Imágenes, Etc.:** Las mismas deberán ser prescriptas por el profesional en un R/P, debiendo constar todos los datos del afiliado y **diagnostico en forma clara. Con esta documentación**, el afiliado gestionará su autorización en nuestras oficinas, dónde recibirá un reporte como el del Anexo III. Este reporte será la documentación a presentar, junto con la credencial, al momento de realización de la práctica.  
Éstas prácticas deberán ser facturadas ajuntando el reporte de autorización, el R/P con el pedido médico original de la/s misma/s con su respectivo informe medico, y la conformidad del paciente (firma, aclaración y DNI).
- **Internaciones Clínicas y Quirúrgicas:** En el caso de internaciones e intervenciones quirúrgicas de urgencia, las autorizaciones deberán solicitarte dentro de las 24hs. hábiles siguientes al ingreso del afiliado. Para las cirugías programadas, se requiere autorización previa, sin

excepción. En el caso de Internaciones Clínicas, hasta 48 hs antes; en el caso de Internaciones Quirúrgicas, una anticipación no menor a 10 días de su realización.

- **PRESTACIONES EXCLUIDAS:** Quedan excluías todas las prestaciones que no se encuentren con cobertura en el PMOE y sus anexos Resoluciones: 210/02-310/04.-

**NO SE ABONARA NINGUNA PRESTACION A LA CUAL LE FALTE LA CORRESPONDIENTE AUTORIZACION DE GAPRESA SA., GEMEPER S.A. o PREFEX S.A., según corresponda.**

- **Facturación:** La factura debe ser emitida a la orden de **GEMEPER SA**, CUIT N° 30-71158234-3, y enviada el 01 al 10 de cada mes a calle Santa Rosa N°320 – 4º Piso - Oficina "A" -Córdoba - CP 5000.

## ANEXO I

### Modelos de Credenciales

SanCor OSPERSAAMS:



SanCor OSSACRA:



Mercedes Benz (OSPSMBA):



FIRMA DEL  
TITULAR

Esta credencial es intransferible, y para uso exclusivo del titular, cuya firma consta arriba. Su uso se rige por los términos y condiciones que se estipulan en la Ley 23660 y modificatorias.  
De hallarse esta tarjeta se agradecerá devolverla a:  
Av Independencia 206  
(2322) Sunchales. Tel. (03493) 424000

Superintendencia de Servicios de Salud - Órgano de Control  
0800 - 222 - SALUD (72583) - [www.sssalud.gov.ar](http://www.sssalud.gov.ar)

Línea de Fax gratuita para Autorizaciones Previas: 0800 888 4944

MBA-DRO3002-F01  
GPC 0000 H-12/13

**ANEXO II**

**Reporte Autorización Consultas**



Tipo de Trámite: Ambulatorio      NRO: 63609      O. Social: SANCOR      <PF>  
Prioridad Trámite Normal      Fecha: 12/11/2014      Empresa: GAPRESA

**DATOS DEL BENEFICIARIO**  
Nombre y Apellido: LUCAS JOSE MALDONADO  
Documento: DN 37315438      Edad: 29  
Localidad de Atención: VILLA MARIA

**DATOS DEL SOLICITANTE**  
Nombre y Apellido: Sin Definir  
Domicilio: --  
Localidad: --

| Prestación | Cód. Nomenclador Nacional | Cantidad |
|------------|---------------------------|----------|
| -Consulta  | 420101                    | -1       |

**EFFECTOR ASIGNADO**  
Nombre: XXX      Localidad:  
Domicilio:      Localidad:  
Teléfono: --

El Trámite ha sido **AUTORIZADO**      Fecha de Autorización: 12/11/2014 <Por la validez de 30 días>

Observaciones:  
--

**AUTORIZADO A REALIZAR EN PRESTADOR SANCOR**

Ad referéndum de Auditoría Médica Central. Esta autorización debe adjuntarse a la facturación, junto con copia de los informes o historia clínica.  
Validez de la autorización: 30 días

Centro Operativo: Cordoba

|                                  |                        |                           |
|----------------------------------|------------------------|---------------------------|
| Auditor Médico<br>3G Salud       |                        |                           |
| Firma y Sello del Médico Auditor | Firma del Beneficiario | Firma y Sello del Efector |

**ANEXO III**

**Reporte Autorización Prácticas**



Tipo de Trámite: Internación / Cirugías      NRO: 62490      O. Social: SANCOR      <PF>  
Prioridad Trámite Normal      Fecha: 10/11/2014      Empresa: GAPRESA

|                               |                   |          |
|-------------------------------|-------------------|----------|
| <b>DATOS DEL BENEFICIARIO</b> |                   |          |
| Nombre y Apellido:            | ANGEL ARIEL PEREZ |          |
| Documento:                    | DN 34388224       | Edad: 25 |
| Localidad de Atención:        | ORAN              |          |

|                              |             |  |
|------------------------------|-------------|--|
| <b>DATOS DEL SOLICITANTE</b> |             |  |
| Nombre y Apellido:           | Sin Definir |  |
| Domicilio:                   | ---         |  |
| Localidad:                   | ---         |  |

| Prestación   | Cód. Nomenclador Nacional | Cantidad |
|--|---------------------------|----------|
| -Una cama en habitación de dos con baño privado                            | -430101                   | -4       |
| -Uso de material desc. (jeringas, agujas, guantes), en int. gra. pída int. | -431001                   | -4       |

|                          |                                     |                 |
|--------------------------|-------------------------------------|-----------------|
| <b>EFFECTOR ASIGNADO</b> |                                     |                 |
| Nombre:                  | CLINICA PRIVADA SAGRADO CORAZON S.A |                 |
| Domicilio:               | GUEMES ESQ. RIVADAVIA               | Localidad: 4590 |
| Teléfono:                | + 54 (03878) 421002                 |                 |

El Trámite ha sido **AUTORIZADO**

|   |  |
|---|--|
| <b>Observaciones:</b><br>DX REACCION ALERGICA GENERALIZADA SE AUTORIZA CDD 430101 X1 GASTOS HONORARIOS - SUJETOS A AUDITRIA MEDICA DE LIQUIDACION-- | <b>AUTORIZADO A REALIZAR EN PRES' SANCOR</b> |
|---|--|

Ad referéndum de Auditoría de Terreno (de corresponder) y Auditoría Médica Central. Esta autorización debe adjuntarse a la facturación, junto con copia de la Historia Clínica.

Centro Operativo: Salta

|  |                        |                           |
|--|------------------------|---------------------------|
| <br>Dra. VILMA MASA<br>AUDITORIA MEDICA<br>Firma y Sello del Médico Auditor | Firma del Beneficiario | Firma y Sello del Efector |
|--|------------------------|---------------------------|