

Vigente a partir del 1º de Agosto de 2015.
ATENCIÓN:

Las marcas “@” identifican los puntos que **deben procesarse OBLIGATORIAMENTE** en el momento de la venta a través del sistema de validación ingresando en www.validacionescsf.com.ar o bien mediante los sistemas de facturación integrados.

En todas las **recetas procesadas electrónicamente**, la Liquidación de Recetas y **CIERRE DE LOTES** debe efectuarse **obligatoriamente** utilizando la herramienta que brinda dicho sistema para tal fin.

Aclaración:

El **CIERRE DE LOTES** electrónico es **OBLIGATORIO**. **SIEMPRE** debe figurar en el **RESUMEN DE FACTURACIÓN** general (planilla provista por COMPANÍA), que presenta su Farmacia (ver punto 16).

Por lo tanto, en un mismo Resumen de Facturación debe figurar **INDISPENSABLEMENTE**:

- presentación **ELECTRÓNICA** de SANCOR SALUD (“Plan MIXTO VALIDACIÓN”)
- presentación **MANUAL** de SANCOR SALUD (“Plan MIXTO MANUAL”)

1. Descuentos Cobertura Principal:

| Planes | Convenios | Coberturas | | | |
|---|--------------|---|---|--|--|
| | | General | PMI (punto 11) | Antiartrósicos | Crónicos (punto 12) |
| SANCOR 500 (*) | SANCOR SALUD | 40% | 100% | No posee cobertura | 70% ó 100% Según Vademécum Crónicos (Anexo IC) |
| | | Según Listado de Exclusiones (Anexo IA) | | | |
| SANCOR 560 C PLATINO | SANCOR SALUD | 60% Según Vademécum exclusivo Plan C | 100% Según Listado de Exclusiones (Anexo IA) | No posee cobertura | |
| | | 40% Resto de los productos excepto Listado de Exclusiones (Anexo IA) | 100% Resto de los productos excepto Listado de Exclusiones (Anexo IA) | | |
| SANCOR 1000 SANCOR 2000 SANCOR 3000 SANCOR 4000 SANCOR 4065 | SANCOR SALUD | Todo el país (excepto CABA, Gran Buenos Aires y Pcia. de Buenos Aires) 40% | 100% | 40% ó 50% (según la región) Según Vademécum Antiartrósicos (Anexo IE) | |
| | | Exclusivamente CABA, Gran Buenos Aires y Pcia. de Buenos Aires 50% | | | |
| | | Según Listado de Exclusiones (Anexo IA) | | | |
| SANCOR P (CREDENCIAL DORADA) | SANCOR SALUD | 60% | 100% | 50% Según Vademécum Antiartrósicos (Anexo IE) | |
| | | Según Listado de Exclusiones (Anexo IA) | | | |

CÓDIGO DE ENTIDAD: 445
ANEXO I – CIRCULAR 543/15 C

| | | | | | |
|---|-----------------------|---|--|--------------------|---|
| SANCOR 1000 SANCOR 2000 SANCOR 3000 SANCOR 3000 E SANCOR 4000 | CORPORATIVOS | 40% 50% ó 60% | 100% | 40% 50% ó 60% | Según Vademécum Antiartrósicos (Anexo IE) |
| | | Según Listado de Exclusiones (Anexo IA) | | | |
| C (*) | OSPERSAAMS OSSACRA | 40% Según Vademécum exclusivo Plan C | 100% Según Vademécum PMI (Anexo ID) | No posee cobertura | |
| | C PLUS | 60% Según Vademécum exclusivo Plan C | | | |

(*) Planes **SIN cobertura en la localidad de San Francisco (Pcia. de Córdoba)** debido a que SanCor Salud canaliza estos asociados a través de un circuito especial.

Estas recetas NO SE VALIDAN electrónicamente:

| Planes | Convenios | Recetario | Coberturas | | | | |
|--------------------------------|--|---|------------|---|----------------|-------------------------------------|---|
| | | | General | PMI (Punto 11) | Antiartrósicos | Crónicos (Punto 12) | |
| AMPS | A4000 A3000 A2000 | SANCOR 4000 SANCOR 3000 SANCOR 2000 | Todo Tipo | 40% | 100% | 40% | 70% ó 100% Según Vademécum Crónicos (Anexo IC) |
| | | | | Según Listado de Exclusiones (Anexo IA) | | Vademécum Antiartrósicos (Anexo IE) | |
| | A1000 | SANCOR 1000 | Todo Tipo | 35% | 100% | 35% | |
| | | | | Según Listado de Exclusiones (Anexo IA) | | Vademécum Antiartrósicos (Anexo IE) | |
| A500 AMCC AMADH AMJUB | SANCOR 500 SANCOR C ADHERENTE JUBILADOS | Todo Tipo | | 35% | 100% | No posee cobertura | |
| | | | | Según Listado de Exclusiones (Anexo IA) | | | |

2. Descuento Cobertura por Coseguro:

Estas recetas NO SE VALIDAN electrónicamente:

• AMPS como Cobertura Complementaria

- Cuando el socio cuenta con una **obra social principal y cobertura AMPS como complemento**, se suman los descuentos de ambas coberturas: **debe aplicarse un 35% ó 40% adicional (según el caso) al descuento que haya recibido** el paciente a través de su **obra social principal**.
- Cuando el afiliado figura en el padrón con **cobertura de AMPS y de SanCor Salud se suman los descuentos de ambas coberturas**. En estos casos deben aplicarse las reglas del plan principal.

Cabe aclarar que cuando la suma de ambos descuentos supere el 100% debe aplicarse el descuento necesario para llegar al 100% (Por ej. si el descuento de la obra social principal es del 70%, el de SanCor debe ser del 30%).

• Cobertura Complementaria SanCor P (Credencial Dorada)

En caso que el socio cuente con una **obra social principal y la credencial dorada de SanCor como complemento**, se suman los descuentos de ambas coberturas: **debe aplicarse un 50% adicional al descuento que haya recibido** el paciente a través de su **obra social principal**.

Asimismo, cuando la suma de ambos descuentos supere el 100% debe aplicarse el descuento necesario para llegar al 100% (Por ej. si el descuento de la obra social principal es del 70%, el de SanCor debe ser del 30%).

Cabe aclarar que los socios que no poseen credencial dorada y/o cobertura AMPS no pueden utilizar su cobertura como adicional de otra obra social.

2.1. Requisitos para la correcta liquidación a Compañía de recetas con Cobertura por Coseguro:

- Estas recetas **NO se validan** electrónicamente.
- Adjuntar **copia de la receta principal y del ticket de venta**.
- La **FIRMA del BENEFICIARIO SIEMPRE debe figurar en ORIGINAL junto a los valores aplicados PARA EL COSEGURO** en prueba de conformidad, indicando además aclaración y número de documento de identidad.
- **NO es válida sólo la fotocopia de la firma** en conformidad por el descuento de la obra social principal.
- En la **fotocopia de la receta** de la obra social principal deben **visualizarse claramente los troqueles** correspondientes y **el descuento aplicado** (para dicha cobertura).
- Su farmacia debe **agregar el número de beneficiario de SanCor en la fotocopia de la receta** para su presentación en Compañía.

3. Descuentos Cobertura en Internación:

Estas recetas NO SE VALIDAN electrónicamente:

| Planes | Convenios | Recetario | Coberturas | | |
|-------------|---------------------|---|--|----------------|---------------------|
| | | | General | PMI (Punto 11) | Crónicos (Punto 12) |
| INTERNACIÓN | TODOS LOS CONVENIOS | De todo tipo (Particular o de Instituciones) con leyenda "Paciente Internado" | 100% (según Listado de Exclusiones – Anexo IA) | | |

4. Descuento Cobertura Anticonceptivos:

| | | |
|-------------------------------------|---|---|
| 4.1. Habilitación del Beneficiario: | <ul style="list-style-type: none"> • Según validación online o bien mediante Credencial de Paciente Crónico (según muestra) en la que figuran los productos autorizados (que también se validan electrónicamente). | @ |
| 4.2. Productos Cubiertos: | <ul style="list-style-type: none"> • Según validación online, o bien los indicados en la credencial e incluidos en el Vademécum Crónicos (Anexo IC) que se validan electrónicamente. | @ |
| 4.3. Descuento: | <ul style="list-style-type: none"> • 40%, 50%, 60% ó 100% según indique el sistema de validación online. | @ |
| 4.4. Límites de cantidades: | <ul style="list-style-type: none"> • Igual al resto de los planes. | @ |

5. Cobertura Vacunas Antigripales:

Estas recetas NO SE VALIDAN electrónicamente

| | |
|-------------------------------------|---|
| 5.1. Habilitación del Beneficiario: | <ul style="list-style-type: none"> • Debe figurar en el Archivo de Beneficiarios vigente. |
| 5.2. Recetario: | <ul style="list-style-type: none"> • Formulario Especial de Vacunas Antigripales (según muestra). <p><u>Particularidades del formulario:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No requiere autorización previa por parte de la Entidad (Formulario F4). ▪ Sólo cuenta con fecha de vencimiento. Es decir, no tiene fechas de prescripción ni de emisión. ▪ No es necesario que esté acompañado por la prescripción original correspondiente. Por lo tanto, el troquel correspondiente debe adjuntarse en el Formulario en cuestión. |

| | |
|------------------------------|---|
| 5.3. Validez del formulario: | • Hasta la fecha de vencimiento que indica el recetario . |
| 5.4. Productos Cubiertos: | • El beneficiario debe elegir la marca comercial y firmar la dispensa en conformidad. |
| 5.5. Descuento: | • Lo que indique el formulario. |

6. Habilitación del beneficiario:

| | |
|--------------------------------------|---|
| 6.1. Credencial (según muestra). | |
| 6.2. Según Validación On Line: | • Debe ingresarse de corrido el número de grupo familiar y los dos dígitos del integrante, sin barras ni espacios en blanco. No se deben cargar los "0" a la izquierda ya que al hacerlo, el sistema lo rechaza. |
| 6.3. Según Archivo de Beneficiarios: | • Para las recetas que no se procesan on line (AMPS, autorizaciones especiales, leches e Internación), se debe controlar que el beneficiario figure en el listado de habilitados que se emite cada mes. |

ATENCIÓN: Si el afiliado plantea inconvenientes por figurar inhabilitado o fuera de padrón, la Farmacia podrá realizar la dispensa si el afiliado presenta un Formulario de Autorización F4 (Formulario Único).

| |
|--|
| 6.4. Documento de Identidad (DNI, LC, LE). |
| 6.5. No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada. |

7. Recetario:

| | |
|---|--|
| 7.1. Tipo de recetario: | <ul style="list-style-type: none"> • De todo tipo (Particular o de Instituciones) (*) <p>(*) La farmacia debe indicar además el Número de Validación que le brinda el sistema ya sea en la receta, en el ticket o bien preimpreso en el ticket. Asimismo el beneficiario o quien retira los medicamentos debe indicar su conformidad colocando su firma, aclaración y número de documento de identidad.</p> |
| 7.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta: | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre y apellido del paciente; • Número de afiliado (*) • DIAGNÓSTICO (**) • Medicamentos recetados por principio activo, indicando una marca sugerida incluida en el Vademécum; • Cantidad de cada medicamento; • Firma y sello con número de matrícula y aclaración; • Fecha de prescripción; <p>(*) Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia debe repetirlo al dorso, en forma clara y correcta, indicando junto al número consignado por el médico la frase "ver al dorso". El beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad.</p> <p>(**) El requisito de Diagnóstico NO es obligatorio para aquellas farmacias ubicadas en Cdad. de Buenos Aires, Gran Buenos Aires y Provincia de Tierra del Fuego. Por lo tanto, en dichas zonas, su ausencia no es motivo de débito.</p> |

8. Validez de la receta:

| |
|--|
| GENERAL: El día de la prescripción y los 15 días siguientes. |
| AMPS: El día de la prescripción y los 15 días siguientes. |
| INTERNACIÓN: El día de la prescripción y los 5 días siguientes. |

9. Topes de cobertura:

| | |
|-----------------------------|---|
| 9.1. Límites de cantidades: | Sin Tratamiento Prolongado |
| Renglones por receta: | Hasta 2 (dos) de distinto principio activo o de igual principio activo pero distinta forma farmacéutica. |
| Envases por renglón: | Hasta 1 (uno) grande o 2 (dos) chicos en un solo y único renglón por receta y hasta 1 (uno) chico en el renglón restante. |

| | | |
|--------------------------------|---|--|
| 9.2. Antibióticos Inyectables: | Presentación | Entregar |
| | Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla. | Hasta 5 (cinco) |
| | Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla. | El menor número posible de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas. Por ejemplo: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expendirse 3 (tres) envases = 6 (seis) ampollas. |

| | |
|------------|--|
| 9.3. AMPS: | Igual al resto de lo planes (puntos 9.1 y 9.2) |
|------------|--|

| | |
|-------------------|-------------|
| 9.4. INTERNACIÓN: | SIN LÍMITES |
|-------------------|-------------|

| | |
|---------------------|---|
| 9.5. Psicofármacos: | <ul style="list-style-type: none"> El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia. |
|---------------------|---|

| | | |
|------------------------------|------------------------------------|---|
| 9.6. Otras especificaciones: | Cuando el médico: | Debe entregarse: |
| | No especifica cantidades | <ul style="list-style-type: none"> El envase de menor contenido. |
| | Sólo indica la palabra "grande" | <ul style="list-style-type: none"> La presentación siguiente a la menor. |
| | Equivoca la cantidad y/o contenido | <ul style="list-style-type: none"> El tamaño inmediato inferior al indicado. |

10. Productos Cubiertos:

Los descuentos mencionados en los puntos 1, 2 y 3 se aplicarán sobre las especialidades medicinales comprendidas en el Manual Farmacéutico o similares, teniendo en cuenta las coberturas allí indicadas en cada caso.

Asimismo solicitamos tener en cuenta lo siguiente:

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Planes que operan según <u>Listado de Exclusiones (Anexo IA)</u>: | <ul style="list-style-type: none"> - Ver las 2 solapas del archivo Excel remitido. Los productos que requieren autorización (2º solapa) no se procesan electrónicamente. - Las vacunas NO requieren previa autorización. Cuentan con cobertura al descuento del plan (40%, 50%, 60%), aún para el caso de Plan Materno Infantil. - Las siguientes Acciones Farmacológicas cuentan con 100% de cobertura, sin requerir previa autorización. <ul style="list-style-type: none"> Acción N° 171 - Medio de contraste No iónico Acción N° 276 - Contraste radiológico |
| <ul style="list-style-type: none"> Procesamiento – Aclaración: | <p>Al ingresar el identificador del producto (troquel o código de barras) en el sistema, no se deben cargar los "0" a la izquierda, ya que al hacerlo el sistema lo rechaza.</p> |

IMPORTANTE:

Aquellos **productos identificados como AP**, tanto en el Listado de Exclusiones como en el Vademécum, **deben contar con Autorización Previa de SanCor y no deben validarse.**

11. Plan Materno Infantil:

| | |
|--------------------------------------|---|
| 11.1. Habilitación del Beneficiario: | <ul style="list-style-type: none"> Según validación On Line. |
| 11.2. Productos Cubiertos: | <ul style="list-style-type: none"> Según validación On Line, de acuerdo a cada plan (Exclusiones, Anexo IA – Vademécum PMI, Anexo ID). Para el caso de los planes según Listado de Exclusiones (Anexo IA), cabe aclarar que las vacunas NO requieren previa autorización. Cuentan con cobertura al descuento del plan (40%, 50%, 60%), aún para el caso de Plan Materno Infantil. |
| | <ul style="list-style-type: none"> Planes según Listado de Exclusiones (Anexo IA) – Leches: Únicamente con Autorización Previa de Sancor mediante el Formulario de Autorización Nro. 4 (No se Validan electrónicamente) Planes según Vademécum PMI (Anexo ID) – Leches y vacunas: Únicamente con Autorización Previa de Sancor mediante el Formulario de Autorización Nro. 4 (No se Validan electrónicamente) |

| | | |
|------------------------------|--|---|
| 11.4. Límites de cantidades: | <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos: Igual al resto de los planes. • Leches: la cantidad que autorice la entidad en el Formulario de Autorización. (No se Validan electrónicamente) | @ |
|------------------------------|--|---|

12. Pacientes con Patologías Crónicas:

| | | |
|--------------------------------------|--|---|
| 12.1. Habilitación del Beneficiario: | <ul style="list-style-type: none"> • Credencial de paciente crónico según muestra, en la que figuran los productos autorizados. Se controla a través de la validación On Line. | @ |
| 12.2. Recetario: | <ul style="list-style-type: none"> • Recetario habitual (punto 7.1) <u>o bien</u> en Formulario Especial para Patologías Crónicas (según muestra) que descarga el beneficiario vía web según empadronamiento crónico. <u>Ninguno de ellos requiere previa autorización (F4).</u> | @ |
| 12.3. Productos Cubiertos: | <ul style="list-style-type: none"> • Únicamente los productos indicados en la credencial e incluidos en el Vademécum Crónicos (Anexo IC), que se validan electrónicamente. | @ |
| 12.4. Descuento: | <ul style="list-style-type: none"> • 70% ó 100% sobre Precio de Venta al Público (PVP) según indique el Sistema de Validación On-Line. | @ |
| 12.5. Límites de cantidades: | <ul style="list-style-type: none"> • Recetario habitual: Igual al resto de los planes | @ |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Formulario especial: 1 (un) envase de cada producto detallado. | @ |

13. Autorizaciones Especiales:

Estas recetas NO SE VALIDAN electrónicamente

Sólo podrán expendirse recetas que NO cumplan con todos los requisitos (por ejemplo, productos no cubiertos, límites de cantidades, afiliados inhabilitados, etc.), cuando se encuentren autorizadas por SanCor **mediante el Formulario de Autorización Nro. 4** (según muestra punto 21). En dicho formulario **figura la fecha de vencimiento del mismo.**

Por lo tanto, carece de validez cualquier otro comprobante, documentación o modalidad de autorización diferente a la mencionada.

14. Medicamentos Faltantes:

Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta.

15. Datos a completar por la farmacia:

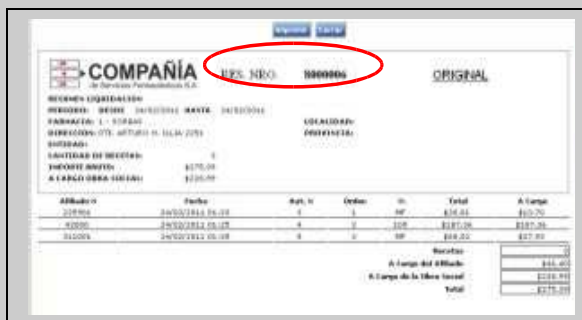
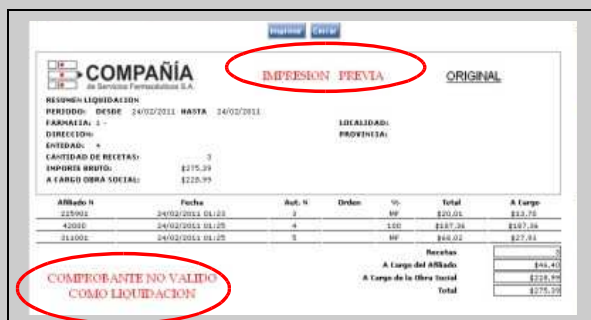
| | | |
|---|--|---|
| 15.1. NÚMERO DE TRANSACCIÓN ON LINE. Debe indicarse en el encabezado de la receta "TR: XXXX", o bien puede imprimirse el comprobante que emite el sistema. | | @ |
| 15.2. Fecha de venta; | | |
| 15.3. Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo; | | |
| 15.4. Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales) | | |
| 15.5. La farmacia deberá adjuntar cualquiera de los comprobantes de venta detallados: | <ul style="list-style-type: none"> • Ticket fiscal propiamente dicho. • Documento no fiscal HOMOLOGADO • Duplicado o triplicado del ticket fiscal (idéntico al original pero con una leyenda de fondo "NO FISCAL"). • Facturas A, B o C. | |
| 15.6. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico; | | |
| 15.7. Firma y aclaración y número de documento de identidad de quien retira los medicamentos; | | |

16. Cierre Electrónico de Lotes:

MUY IMPORTANTE: Todas las **RECETAS PROCESADAS ELECTRÓNICAMENTE** deben liquidarse **OBLIGATORIAMENTE** mediante la **herramienta CIERRE DE LOTES** que provee para ello el sistema de validación. **Caso contrario, es motivo de rechazo** de las mismas. Utilice dicha herramienta teniendo en cuenta las indicaciones del Instructivo General del sistema.

Asimismo **es imprescindible IMPRIMIR el Cierre de Lotes** a fin de identificar correctamente la liquidación electrónica en el Resumen de Facturación general (ver punto 17). **No deben efectuarse modificaciones manuales (tachaduras ni enmiendas) sobre el Cierre de Lotes** que emite el sistema.

Aclaración: la IMPRESIÓN PREVIA del Cierre de Lote NO es válida para la presentación de recetas:



Atención: Las recetas no procesadas electrónicamente (por ejemplo, Autorizaciones Especiales) deben liquidarse a través de la modalidad tradicional de planillas de Compañía (ver punto 17).

17. Presentación de Recetas no procesadas electrónicamente:

ATENCIÓN: Las recetas no procesadas electrónicamente (AMPS, autorizaciones especiales, leches e Internación) deben liquidarse a través de la modalidad tradicional de planillas de Compañía y teniendo en cuenta el Instructivo de Presentación vigente.

El porcentaje de descuento aplicado a cada medicamento debe figurar en el ticket de venta o bien agregado junto a la prescripción en forma manuscrita.

En los resúmenes de liquidación y facturaciones se deben volcar los importes correspondientes identificando el plan como "MIXTO MANUAL" o "COSEGURO".

El **Cierre electrónico de Lotes SIEMPRE debe indicarse en el Resumen de Facturación general** (planilla provista por COMPANÍA), que presenta su Farmacia, **diferenciado del resto de las recetas sin validación online**.

Por lo tanto, **en un mismo Resumen de Facturación debe figurar INDISPENSABLEMENTE:**

- presentación **ELECTRÓNICA** de SANCOR SALUD ("Plan MIXTO VALIDACIÓN")
- presentación **MANUAL** de SANCOR SALUD ("Plan MIXTO MANUAL")

18. Recomendaciones Especiales:

18.1. Colocar en la receta el número de orden correspondiente;

18.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

- De acuerdo al orden de la prescripción.
- Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.
- Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras).

18.3. Los troqueles deberán ajustarse a lo siguiente:

- Encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencias o marcas de sustancias adhesivas).
- Sin signos de desgaste del material en todo o parte del troquel.
- Sin impresiones mediante sellos de cualquier tipo de leyendas legibles o no.
- Sin diferencias en tamaño, grosor y/o color del troquel para un mismo producto, presentación y lote.
- No deberán presentar cualquier otro signo que otorgue carácter dudoso al troquel.

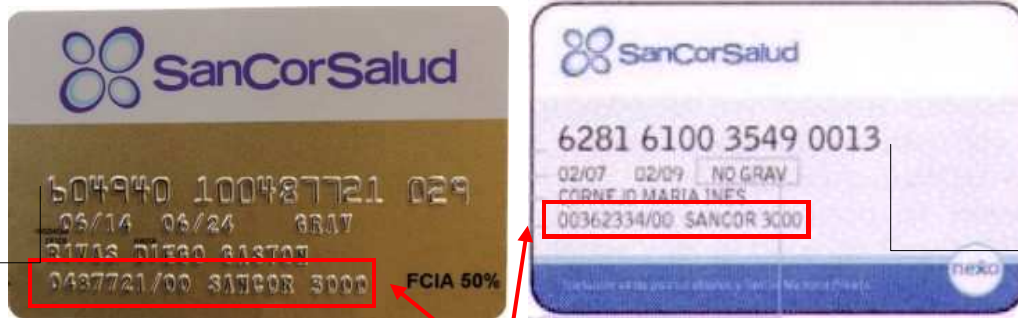
18.4. Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

19. Atención de Consultas:

Ante dificultades o consultas exclusivamente técnicas fuera de nuestro horario de atención, les solicitamos que envíe un correo electrónico a validaciones@csf.com.ar indicando en el título la palabra "Problema" más el código de su Farmacia. @

Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de **COMPANÍA** al (011) 4136-9090 – Fax: (011) 4136-9001. E-mail: info@csf.com.ar, de Lunes a Viernes, de 8:30 a 18:30 horas, o bien a nuestra **Receptoría de Córdoba** al 460-6539 – E-mail: csfcordova@arnetbiz.com.ar, de Lunes a Viernes de 9 a 18 hs.

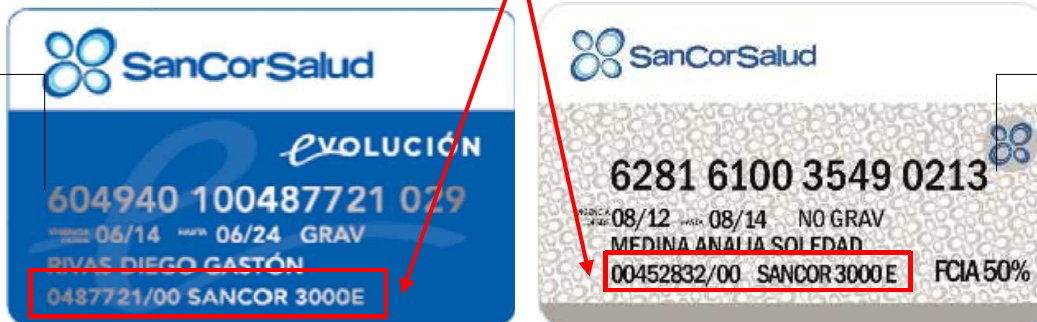
20. Muestra de Credenciales:



Número de tarjeta
(NO de afiliado)

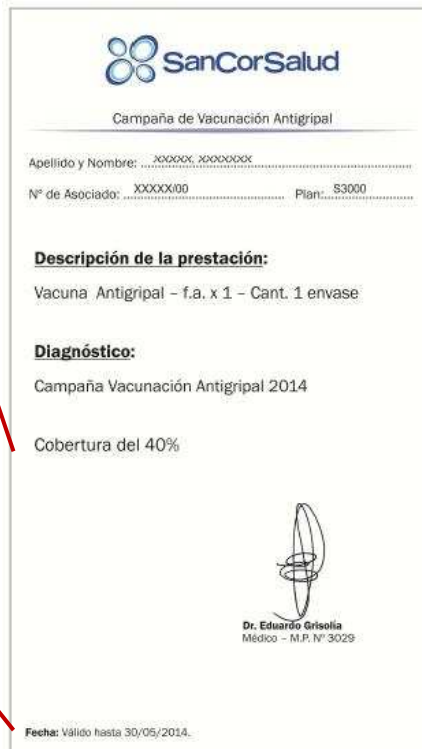
Número de asociado y Plan

Número de tarjeta
(NO de afiliado)



21. Muestra de Formularios Especiales:

Formulario Especial de Vacunas Antigripales



SanCorSalud
Campana de Vacunación Antigripal

Apellido y Nombre:
Nº de Asociado: Plan: S3000

Descripción de la prestación:
Vacuna Antigripal - f.a. x 1 - Cant. 1 envase

Diagnóstico:
Campana Vacunación Antigripal 2014
Cobertura del 40%

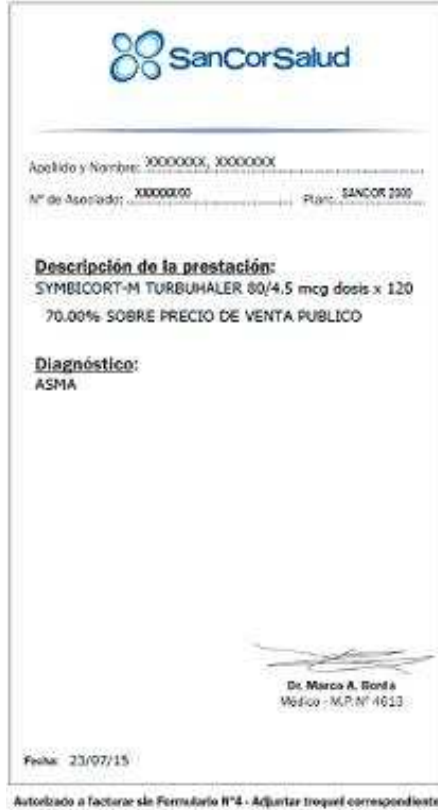
Dr. Eduardo Grisolia
Médico - M.P. N° 3029

Fecha: Válido hasta 30/05/2014.

El porcentaje de cobertura
(40%, 50%, 60% ó 100%)
será indicado en este
campo.

Validez del
Formulario

Formulario Especial Patologías Crónicas



Apellido y Nombre: XXXXXXXX, XXXXXXXX
 N° de Asociado: XXXXXXXX Prog: SANCOR 2000

Descripción de la prestación:
 SYMBICORT-M TURBUHALER 80/4,5 mcg dosis x 120
 70.00% SOBRE PRECIO DE VENTA PUBLICO

Diagnóstico:
 ASMA

Dr. Marco A. Bonfá
 Médico - M.P. N° 4013

Fecha: 23/07/15

AutORIZADO a facturar sin Formulario N°4 - Adjuntar troquel correspondiente.

- El recetario **NO requiere previa autorización (Formulario F4), pero debe VALIDARSE OBLIGATORIAMENTE** (a través de www.validacionescsf.com.ar o bien mediante sistemas de facturación integrados). Caso contrario, **es motivo de rechazo del mismo.**
- Los **datos de afiliación y prescripción están preimpresos** electrónicamente.
- No es necesario que esté acompañado por la prescripción original correspondiente. Por lo tanto, el troquel correspondiente debe adjuntarse en el recetario en cuestión.

Identificación Pacientes Crónicos



SanCorSalud Titular: _____
 Asociado Nro: _____ / Prog: _____ Ing: _____

MARCAS COMERCIALES AUTORIZADAS:

| | | |
|--|---------|------------------------------|
| DBI AP METFORMINA 850 mg comp.rec.x 30 | 100,000 | % SOBRE PRECIO DE REFERENCIA |
| GLUCOPHAGE 850 comp.x 30 | 100,000 | % SOBRE PRECIO DE REFERENCIA |
| ISLOTIN RETARD comp.x 30 | 100,000 | % SOBRE PRECIO DE REFERENCIA |
| EUTHYROX 125 mcg comp.birran.x 50 | 70,000 | % SOBRE PRECIO DE REFERENCIA |
| LEVOTIROXINA GSK 125 mcg comp.x 50 | 70,000 | % SOBRE PRECIO DE REFERENCIA |
| DBI AP METFORMINA 850 mg comp.rec.x 60 | 100,000 | % SOBRE PRECIO DE REFERENCIA |
| LOSACOR 100 mg comp.rec.x 30 | 70,000 | % SOBRE PRECIO DE REFERENCIA |

Vigencia desde 19/11/2014 al 18/11/2015

Corresponde el **70% ó 100% sobre PVP** indicado en el Vademécum de Crónicos (Anexo IC) y según el Sistema de Validación Online, inclusive cuando la credencial aún indica "70% sobre precio de referencia".

Formulario Nº 4 – Prestaciones que requieren autorización previa.

Resolución según cada especialidad.

Motivo de resolución especialidad no autorizada.

Controlar la fecha de vencimiento.

NO requiere firma y sello del auditor

SanCorSalud

**FORMULARIO NRO. 4
PRESTACIONES QUE
REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA**

Nro: 01251083

Apellido y Nombre: XXXXXXX, XXXXXX XXXXX CUIL: XX-XXXXXXX-X Numero: XXXXXXXX Subpr: OSAMS
 Fecha de Nac: 6/01/1963 Fecha ingreso Salud: 1/08/1998 Fecha ingreso Plan: 1/10/2013 Plan: SANCOR 2000
 Entidad Nro: XXXX C.A.R. XXXXXXXXX

NO GRAV

DICTAMEN DE AUDITORIA

Autorizadas Cod.: 669622 Cant.: 1 TRANSGLUTAMINASA, Ac. IgA Anti-
 Autorizadas Cod.: 660001 Cant.: 1 ACTO BIOQUIMICO
 No Autorizadas Cod.: 665572 Cant.: 1 GLIADINA, Ac. IgA Anti- (AGA - IgA)
 NO CORRESPONDE S/RESOL. NRO. 182/2011 DE MINISTERIO DE SALUD
 No Autorizadas Cod.: 665580 Cant.: 1 GLIADINA, Ac. IgG Anti- (AGA - IgG)
 NO CORRESPONDE S/RESOL. NRO. 182/2011 DE MINISTERIO DE SALUD

Ambulatorio SI Form 6:

ACORDE A NORMATIVA PARA CELIACOS.

Nº AUTORIZACIÓN:
01169246

Diagnostico: CELIACA /

Establecimiento asistencial:
 Prestador Prescribiente: XXXXXXX, XXXXXXXX Numero: P 70035
 Prestador actuante: Numero: Fecha prescripción: 7/03/2014
 Fecha realización:

Firma del Paciente Firma y sello del Profesional

LA PRESENTE AUTORIZACION SOLO ES VALIDA SI LA PRACTICA ESTA CONVENIDA EN LA RED DE PRESTADORES DE SU PLAN
 VENCIMIENTO FORMULARIO 9/04/2014

Fecha: 10/03/2014 T.E.

El prestador podrá facturar con este formulario siempre que conste en el mismo un N° de Autorización y se adjunte el original del Pedido Médico.