

 	<h2>Aclaración Formulario Autorización</h2>
CÓDIGO DE ENTIDAD: 497	

Aclaremos que su farmacia debe verificar los **productos autorizados, la cantidad de envases y el descuento a aplicar** que figuran en el **campo “Observaciones”** del Formulario de Autorización.

Por lo tanto, **NO debe verificar el campo “Cantidad”**.

			
Tipo de Trámite Medicamento	NRO: 89327	O. Social: SANCOR -	<PF>
Prioridad Trámite Normal	Fecha: 29/01/2015	Empresa: PREFEX	
DATOS DEL BENEFICIARIO			
Nombre y Apellido:	BERNARDO MARCELO R		
Documento:	DN	Edad:	
Localidad de Atención:			
DATOS DEL SOLICITANTE			
Nombre y Apellido:			
Domicilio:	---		
Localidad:	---		
Prestación		Cód. Nomenclador Nacional	Cantidad
INSULINA DEGLUDEC - TRESIBA FLEXTOUCH SX3 - 1 (UN) ENVASE COBERTURA 100% TIRAS REACTIVAS X 50 - ACCUCHEK PEFORMA - 3 (TRES) ENVASES COBERTURA 100% (SI ESTA EN PADRON DIABETES)---			1
EFFECTOR ASIGNADO			
Nombre:	XXXX		
Domicilio:	Localidad: Ciudad Autónoma de Buenos Aires		
Teléfono:	---		
El Trámite ha sido AUTORIZADO Fecha de Autorización: 29/01/2015 <Por la validez de 30 días>			
Observaciones: INSULINA DEGLUDEC - TRESIBA FLEXTOUCH SX3 - 1 (UN) ENVASE COBERTURA 100% TIRAS REACTIVAS X 50 - ACCUCHEK PEFORMA - 3 (TRES) ENVASES COBERTURA 100% (SI ESTA EN PADRON DIABETES)---		AUTORIZADO A REALIZAR EN PRESTADOR SANCOR - DSPERSAAMS	
Ad referendum 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: Capital			
 Dra. GIOVINIANA C. Firma y Sello del Médico Auditor			

Este campo no debe verificarse, la **cantidad de envases SIEMPRE** figura en el campo “Observaciones”.

Indica la cantidad del producto autorizado y el descuento a aplicar.

ANTE CUALQUIER DUDA, COMUNÍQUESE CON NUESTRO SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE | LUNES A VIERNES | 8.30 A 18.30 HS

Por último, les recordamos que el Formulario de Autorización **SIEMPRE debe estar acompañado por la prescripción original** correspondiente.

Sin otro particular, los saludamos muy atentamente.

ANTE CUALQUIER DUDA, COMUNÍQUESE CON NUESTRO SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE | LUNES A VIERNES | 8.30 A 18.30 HS



RINCÓN 40 | 1081 | BUENOS AIRES | (011) 4136-9090 | FAX: (011) 4136-9001 WWW.CSF.COM.AR | INFO@CSF.COM.AR