

Vigente a partir del 12 de Diciembre de 2018.

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.plataformacsf.com 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 14).

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

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

1.Descuentos Cobertura Principal:

Planes	General	Plan Materno Infantil (punto 8)	Antiartrósicos
FUCSIA	40%	100%	40%
	Según Listado de Exclusiones (Anexo IA)		Según Vademécum Antiartrósicos (Anexo IE)
VERDE	60% Según Vademécum exclusivo Plan C	100% Según Listado de Exclusiones (Anexo IA)	No posee cobertura
	40% Según Listado de Exclusiones (Anexo IA)		
AMARILLO TURQUESA	40% Según Vademécum exclusivo Plan C	100% Según Vademécum PMI (Anexo ID)	No posee cobertura
TURQUESA S/F	No corresponde descuento en farmacias	100% Según Vademécum PMI (Anexo ID)	No posee cobertura
Patologías Crónicas	70% ó 100% Según lo que indique el sistema de validación online (ver punto 8)		

Estas recetas NO SE VALIDAN electrónicamente
Válido exclusivamente en San Rafael (Mendoza) y Provincias de San Juan y San Luis

SX	STAFF MÉDICO	<p>Sólo son válidas las autorizaciones mediante Formulario N° 4 para afiliados de dicho plan.</p> <p>Estas recetas NO deben validarse electrónicamente y deben liquidarse bajo el código de entidad 31.</p> <p>El resto de las recetas del plan SX de Staff Médico NO deben presentarse en Compañía.</p>
----	--------------	---

2.Habilitación del beneficiario:

2.1. Credencial (según muestra).

CÓDIGO DE ENTIDAD: 31 – CÓDIGO INTEGRADOR: sancorstaff
ANEXO I – CIRCULAR: 902/18 B

2.2. Según Validación On Line:	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
2.3. Según Archivo de Beneficiarios:	<ul style="list-style-type: none"> • Para las recetas que no se procesan on line (AMPS, autorizaciones especiales, leches), 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).

2.4. Documento de Identidad (DNI, LC, LE).

2.5. No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada.

3. Recetario:

3.1. 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>
<p>3.2. Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta:</p> <p>Atención: Dichos datos son válidos también si figuran en forma preimpresa en la receta, excepto la firma del profesional que en todos los casos debe ser original de puño y letra.</p>	<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>

4. Validez de la receta:

El día de la prescripción y los **30** días siguientes.

5. Topes de cobertura:

5.1. Límites de cantidades:	Sin Tratamiento Prolongado	
<p>Renglones por receta:</p> <p>Envases por renglón:</p>	<p>Hasta 2 (dos) de distinto principio activo o de igual principio activo pero distinta forma farmacéutica.</p> <p>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.</p>	
5.2. Antibióticos Inyectables:	<p>Presentación</p> <p>Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.</p> <p>Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.</p>	<p>Entregar</p> <p>Hasta 5 (cinco)</p> <p>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.</p>
5.3. INTERNACIÓN:	Lo que se encuentre autorizado (ver punto 11)	
5.4. Psicofármacos:	<ul style="list-style-type: none"> • El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia. 	

CÓDIGO DE ENTIDAD: 31 – CÓDIGO INTEGRADOR: sancorstaff

ANEXO I – CIRCULAR: 902/18 B

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

6.Productos Cubiertos:

Los descuentos mencionados en el punto 1 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 Listado de Exclusiones (Anexo IA): 	<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 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>	@	
<ul style="list-style-type: none"> Vacunas: 	FUCSIA VERDE	100% vacunas dentro de Calendario Oficial . 40%, 50% ó 60% (según descuento del plan correspondiente) vacunas fuera de Calendario Oficial , aún para Plan Materno Infantil. En ningún caso requieren previa autorización.	@
	AMARILLO TURQUESA	40% vacunas Vademécum Plan C 100% vacunas Vademécum PMI En ningún caso requieren previa autorización.	@

IMPORTANTE:

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

7.Plan Materno Infantil:

7.1. Habilitación del Beneficiario:	<ul style="list-style-type: none"> Según validación On Line. 	@
7.2. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> Según validación On Line, de acuerdo a cada plan (Exclusiones, Anexo IA – Vademécum PMI, Anexo ID). <p>Vacunas: NO requieren previa autorización. Verificar esquema de cobertura según plan mencionado en el punto 6.</p>	@
	<ul style="list-style-type: none"> Leches (todos los planes): Únicamente con Autorización Previa de Sancor Staff Médico mediante el Formulario de Autorización Nro. 4 (No se Validan electrónicamente) 	@
7.3. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> Medicamentos: Igual al resto de los planes. 	@
	<ul style="list-style-type: none"> Leches: la cantidad que autorice la entidad en el Formulario de Autorización. (No se Validan electrónicamente) 	@

8. Pacientes con Patologías Crónicas:

8.1. 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 online. Es válida la cobertura también para el plan Turquesa S/F. 	@
8.2. Recetario:	<ul style="list-style-type: none"> • Recetario habitual (punto 4.1) <u>o bien</u> en Formulario Especial para Patologías Crónicas (según muestra) que descarga el beneficiario vía web según empadronamiento crónico. <p><u>Ninguno de ellos requiere previa autorización (F4) pero deben VALIDARSE OBLIGATORIAMENTE.</u> Caso contrario, es motivo de rechazo de los mismos.</p> <p>Aclaración Formulario Especial Patologías Crónicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los <u>datos de afiliación y prescripción están preimpresos</u> electrónicamente. Es decir, no se acepta prescripción manuscrita en dichos recetarios. ▪ No es necesario que esté acompañado por la prescripción original correspondiente. Por lo tanto, <u>el troquel correspondiente debe adjuntarse en el recetario en cuestión.</u> 	@
8.3. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> • Según productos empadronados de acuerdo a lo que indica la credencial de paciente crónico, y que se validan electrónicamente. 	@
8.4. Descuento:	<ul style="list-style-type: none"> • 70% ó 100% sobre Precio de Venta al Público (PVP) según indique el sistema de validación online. 	@
8.5. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> • Igual al resto de los planes o bien lo que indique el sistema de validación online. 	@

9. Descuento Cobertura Anticonceptivos:

9.1. 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). 	@
9.2. Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> • Según Vademécum Salud Reproductiva que se valida electrónicamente. 	@
9.3. Descuento:	<ul style="list-style-type: none"> • 40%, 50%, 60%, 70% ó 100% según indique el sistema de validación online. 	@
9.4. Límites de cantidades:	<ul style="list-style-type: none"> • Según lo que indique el sistema de validación online. <p>Cabe aclarar que en algunos planes SanCor Staff Médico establece un tope de envases mensual y anual, el cual controla el sistema de validación online.</p>	@

10. Cobertura Vacunas Antigripales:

Estas recetas NO SE VALIDAN electrónicamente

10.1. Habilitación del Beneficiario:	<ul style="list-style-type: none"> • Debe figurar en el Archivo de Beneficiarios vigente. 	
10.2. 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. ▪ Los datos de afiliación y prescripción siempre deben figurar pre-impresos. NO se acepta prescripción manuscrita en dichos recetarios. 	
10.3. Validez del formulario:	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta la fecha de vencimiento que indica el recetario. 	

CÓDIGO DE ENTIDAD: 31 – CÓDIGO INTEGRADOR: sancorstaff

ANEXO I – CIRCULAR: 902/18 B

10.4.Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> El beneficiario debe elegir la marca comercial y firmar la dispensa en conformidad. <p>Cabe aclarar que las vacunas antigripales carecen de cobertura cuando se prescriben fuera del formulario correspondiente a la Campaña de Vacunación Antigripal.</p>
10.5.Descuento:	<ul style="list-style-type: none"> Lo que indique el formulario.

11.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.) y/o pacientes internados, cuando se encuentren autorizadas por SanCor Staff Médico mediante el Formulario de Autorización Nro. 4 (según muestra punto 19). En dicho formulario figura la fecha de vencimiento del mismo.

La fecha de prescripción que figura en el formulario debe coincidir con la que indica la receta original. Aclaramos que son válidas las autorizaciones especiales (F4) para el plan Turquesa S/F.

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

12.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.

13.Datos a completar por la farmacia:

13.1. 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. @

13.2.Fecha de venta;

13.3.Si la presentación no contiene número de troquel, adjuntar código de barras del mismo;

13.4.Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales)

13.5.La farmacia deberá adjuntar cualquiera de los comprobantes de venta detallados:

- 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.

13.6.Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

13.7.Firma y aclaración y número de documento de identidad de quien retira los medicamentos;

14.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 15). **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:

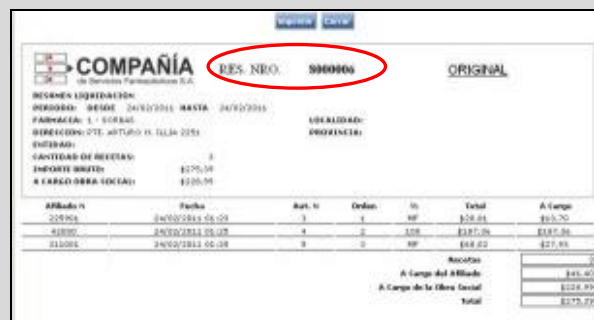


IMPRESION PREVIA ORIGINAL

RESUMEN LIQUIDACION
PERIODO: DESDE 24/02/2011 HASTA 24/02/2011
FARMACIA: 1 - LOCALIDAD: PROVINCIA:
DIRECCION: ENTIDAD: 6
CANTIDAD DE RECETAS: 3
IMPORTE BRUTO: \$275,29
A CARGO OBRA SOCIAL: \$220,77

ARREDO N	Fecha	Aut. N	Orden	%	Total	A Cargo
225901	24/02/2011 08:28	3		100	\$20,05	\$20,78
42000	24/02/2011 08:28	4		100	\$187,26	\$187,26
241000	24/02/2011 08:28	5		100	\$67,97	\$67,97
Rescates						
A Cargo del ARREDO						\$41,40
A Cargo de la Obra Social						\$220,77
Total						\$275,29

COMPROBANTE NO VALIDO COMO LIQUIDACION



DES. NEO. 300006 ORIGINAL

RESUMEN LIQUIDACION
PERIODO: DESDE 24/02/2011 HASTA 24/02/2011
FARMACIA: 1 - LOCALIDAD: PROVINCIA:
DIRECCION: ENTIDAD: 6
CANTIDAD DE RECETAS: 3
IMPORTE BRUTO: \$275,29
A CARGO OBRA SOCIAL: \$220,77

ARREDO N	Fecha	Aut. N	Orden	%	Total	A Cargo
225901	24/02/2011 08:28	3		100	\$20,05	\$20,78
42000	24/02/2011 08:28	4		100	\$187,26	\$187,26
241000	24/02/2011 08:28	5		100	\$67,97	\$67,97
Rescates						
A Cargo del ARREDO						\$41,40
A Cargo de la Obra Social						\$220,77
Total						\$275,29

Atención: Las recetas no procesadas electrónicamente (por ejemplo, Autorizaciones Especiales) deben liquidarse a través de la modalidad tradicional de planillas de Compañía (ver punto 15).

15. Presentación de Recetas no procesadas electrónicamente:

Todas las recetas de STAFF SANCOR no procesadas electrónicamente deben presentarse bajo un único plan "MIXTO". Es decir **sin separarlas por porcentaje de descuento**.

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.

Estos importes deben figurar en la PLANILLA DE LIQUIDACIÓN, así como en el RESUMEN DE FACTURACIÓN, identificando el lote como "PLAN MIXTO".

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 on line**.

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

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

16. Recomendaciones Especiales:

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

16.2. Adjuntar los troqueles del siguiente modo:	<ul style="list-style-type: none"> • 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).
16.3. Los troqueles deberán ajustarse a lo siguiente:	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

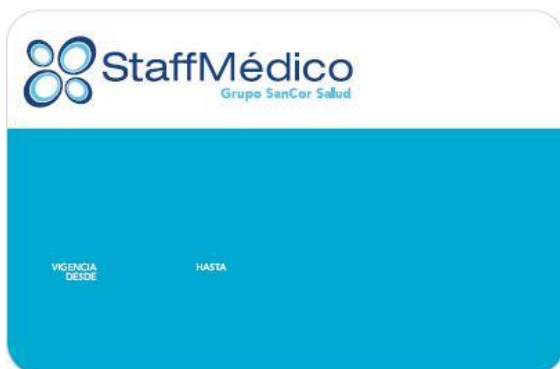
16.4. Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

17. 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 (0351)-4716244 / 4716071 – E-mail: cordoba@csf.com.ar, de Lunes a Viernes de 9 a 18 hs.

18. Muestra de Credenciales:





Apellido, nombre y número de socio

Puede contar con logo de plan Corporativo

Puede indicar Fucsia, Verde, Amarillo o Turquesa. En caso de indicar "Turquesa S/F" no corresponde cobertura general en farmacias.

19. Muestra de Formularios Especiales:

Formulario Especial de Vacunas Antigripales (no debe validarse electrónicamente)

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

Los datos de afiliación y prescripción siempre deben figurar pre-impresos. NO se acepta prescripción manuscrita en dichos recetarios.

Validez del Formulario

Formulario Especial Patologías Crónicas (REQUIERE VALIDACIÓN OBLIGATORIA)



StaffMédico
Grupo SanCor Salud

Apellido y Nombre: XXXXXXXX, XXXXXXXX
N° de Asociado: XXXXXXXX Planc: SANCOR 200

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. Bondá
Médico - M.P. N° 4613

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.plataformacsf.com 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



StaffMédico
Grupo SanCor Salud

PROGRAMA de CRONICIDAD

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

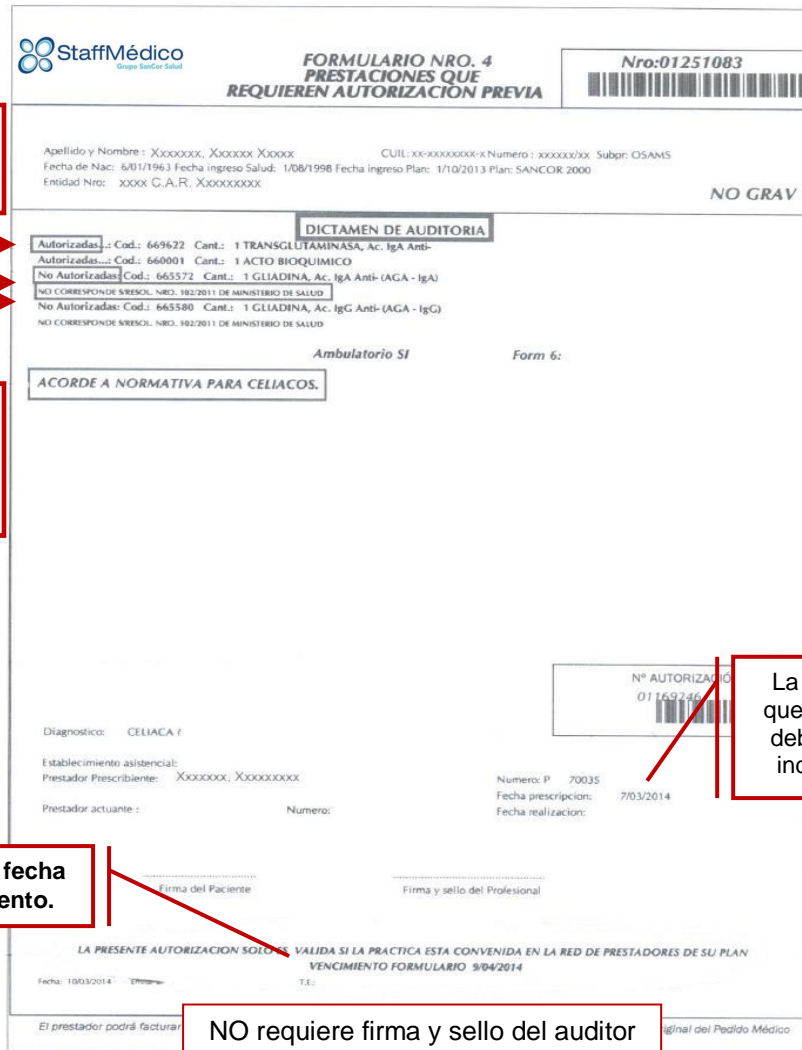
MARCAS COMERCIALES AUTORIZADAS:

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 30	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.



StaffMédico **FORMULARIO NRO. 4**
PRESTACIONES QUE
REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA Nro: 01251083

Apellido y Nombre : Xxxxxxx, Xxxxxxx Xxxxxx CUIL: XX-XXXXXXX-X Número : xxxxxxxxx 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: xxxxx C.A.R. Xxxxxxxx **NO GRAV**

DICTAMEN DE AUDITORIA

Autorizadas... Cod.: 665622 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 A RESOL. NRO. 302/2011 DE MINISTERIO DE SALUD
No Autorizadas Cod.: 665580 Cant.: 1 GLIADINA, Ac. IgG Anti- (AGA - IgG)
NO CORRESPONDE A RESOL. NRO. 302/2011 DE MINISTERIO DE SALUD

Ambulatorio SI Form 6:

ACORDE A NORMATIVA PARA CELIACOS.

Diagnostico: CELIACA F

Establecimiento asistencial:
Prestador Prescribiente: Xxxxxxxx, Xxxxxxxx
Prestador actuante : Número:

Número P 70035
Fecha prescripción: 7/03/2014
Fecha realización:

Nº AUTORIZACIÓN
01169246

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 El proveedor... T.E.

El prestador podrá facturar original del Pedido Médico.

Resolución según cada especialidad.

Motivo de resolución especialidad no autorizada.

Controlar la fecha de vencimiento.

La fecha de prescripción que figura en el formulario debe coincidir con la que indica la receta original.

NO requiere firma y sello del auditor