

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 15).

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	General	Plan Materno Infantil (punto 8)	Antiartrósicos
SANCOR SALUD (S1000 AL S6000)	40% 50% 60% ó 70%	100%	40% 50% 60% ó 70%
SANCOR-CORPORATIVOS	Según Listado de Exclusiones (Anexo IA)		Según Vademécum Antiartrósicos (Anexo IE)
SANCOR P (CREDENCIAL DORADA)	Según Listado de Exclusiones (Anexo IA)		
SANCOR 560	60% Según Vademécum exclusivo Plan C	100% Según Vademécum exclusivo Plan C	No posee cobertura
C PLATINO	40% Según Listado de Exclusiones (Anexo IA)	100% Según Listado de Exclusiones (Anexo IA)	
OS (*)	40% Según Vademécum OS (Anexo IF)	100% Según Vademécum PMI (Anexo ID)	No posee cobertura
SANCOR 500 (**)	40%	100%	No posee cobertura
	Según Listado de Exclusiones (Anexo IA)		
C	40% Según Vademécum exclusivo Plan C	100% Según Vademécum exclusivo Plan C	No posee cobertura
C PLUS	60% Según Vademécum exclusivo Plan C		
Patologías Crónicas	70% ó 100% Según lo que indique el sistema de validación online (ver punto 9)		

(*) Válido exclusivamente para las Provincias de Chaco, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, Misiones y Santa Fe.

(**) Plan 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	Descuento	Cobertura
AMPS	A4000 A3000 A2000	SANCOR 4000 SANCOR 3000 SANCOR 2000	25%	Según Listado de Exclusiones (Anexo IA)
	A1000 A500 AMCC AMADH AMJUB	SANCOR 1000 SANCOR 500 SANCOR C ADHERENTE JUBILADOS	20%	

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 25% ó 20% 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 80%, el de SanCor debe ser del 20%).

• **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.
- La cobertura complementaria de SANCOR SALUD a socios con PAMI como obra social principal debe aplicarse sobre el precio de venta especial PAMI, no sobre el precio sugerido de venta al público del producto.

3.Habilitación del beneficiario:

3.1. Credencial (según muestra).

3.2. 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.**

@

3.3. 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).

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

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

4. Recetario:

4.1. 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>4.2. 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>
--	---

5. Validez de la receta:

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

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

6. Topes de cobertura:

6.1. 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>	
6.2. Antibióticos Inyectables:	<p>Presentación</p> <p>Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.</p>	<p>Entregar</p> <p>Hasta 5 (cinco)</p>
	<p>Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla.</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>
6.3. AMPS:	Igual al resto de los planes (puntos 6.1 y 6.2)	
6.4. INTERNACIÓN:	Lo que se encuentre autorizado (ver punto 12)	

6.5. Psicofármacos:	<ul style="list-style-type: none"> El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia. 	
6.6. 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.

7.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 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: 	<p>SANCOR SALUD (S1000 AL S6000) SANCOR-CORPORATIVOS SANCOR P (CREDENCIAL DORADA)</p>	<p>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.</p>
	<p>SANCOR 500 OS</p>	<p>40%, 50% ó 60% (según descuento del plan correspondiente) para todas las vacunas (dentro o fuera de Calendario), aún para Plan Materno Infantil. NO requiere previa autorización.</p>
	<p>C C PLUS</p>	<p>40% ó 60% (según descuento del plan correspondiente) según Vademécum Plan C. NO requiere previa autorización.</p>
	<p>SANCOR 560 C PLATINO</p>	<p>60% según Vademécum Plan C. 40% según Listado de Exclusiones. En ningún caso requieren previa autorización.</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.

8.Plan Materno Infantil:

8.1. Habilitación del Beneficiario:	<ul style="list-style-type: none"> Según validación On Line.
-------------------------------------	---

8.2. 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 7.</p>	@
	<ul style="list-style-type: none"> Leches (todos los planes): Únicamente con Autorización Previa de Sancor mediante el Formulario de Autorización Nro. 4 (No se Validan electrónicamente) 	
8.3. 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) 	@
9.Pacientes con Patologías Crónicas:		
9.1. 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. 	@
9.2. 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. Caso contrario, es motivo de rechazo de los mismos.</u></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> 	@
9.3. 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. 	@
9.4. Descuento:	<ul style="list-style-type: none"> 70% ó 100% sobre Precio de Venta al Público (PVP) según indique el sistema de validación online. 	@
9.5. 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. 	@
10.Descuento Cobertura Anticonceptivos:		
10.1.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). 	@
10.2.Productos Cubiertos:	<ul style="list-style-type: none"> Según Vademécum Salud Reproductiva que se valida electrónicamente. 	@
10.3.Descuento:	<ul style="list-style-type: none"> 40%, 50%, 60%, 70% ó 100% según indique el sistema de validación online. 	@
10.4.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 Salud establece un tope de envases mensual y anual, el cual controla el sistema de validación online.</p>	@

11. Cobertura Vacunas Antigripales:

Estas recetas NO SE VALIDAN electrónicamente

11.1. Habilitación del Beneficiario:	<ul style="list-style-type: none"> • Debe figurar en el Archivo de Beneficiarios vigente.
11.2. 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.
11.3. Validez del formulario:	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta la fecha de vencimiento que indica el recetario.
11.4. 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>
11.5. Descuento:	<ul style="list-style-type: none"> • Lo que indique el formulario.

12. 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 **mediante el Formulario de Autorización Nro. 4** (según muestra punto 20). 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.

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

13. 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.

14. Datos a completar por la farmacia:

14.1. 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.

14.2. Fecha de venta;

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

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

14.5. 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.
---	--

14.6. Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico;

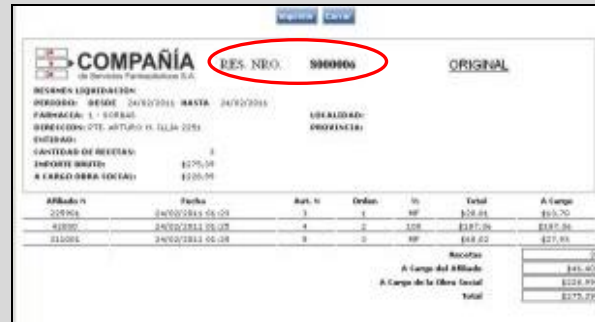
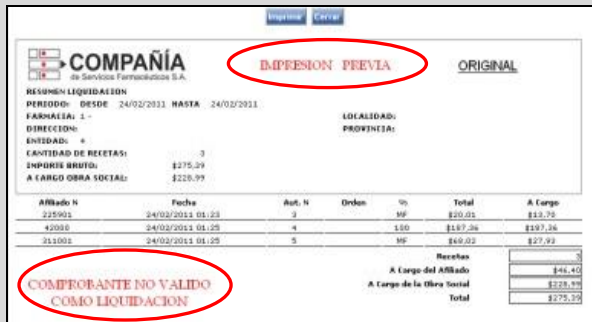
14.7. Firma y aclaración y número de documento de identidad de quien retira los medicamentos;

15.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 16). **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 16).

16.Presentación de Recetas no procesadas electrónicamente:

ATENCIÓN: Las recetas no procesadas electrónicamente (AMPS, coberturas complementarias, autorizaciones especiales, leches) deben liquidarse a través de la modalidad tradicional de planillas de Compañía separadas del siguiente modo:

Tipo de Liquidación	Tipo de cobertura	Presentación de recetas	Bonificación
Manual	Principal (35%, 40%, Autorizado F4)	Plan "MIXTO MANUAL" , sin separarlas por porcentajes de descuento.	Sí aplica
	Coseguro	Plan "COSEGURO" , sin separarlas por porcentajes de descuento. Atención: No denominar "Mixto" .	NO aplica
Electrónica	Recetas que se validan electrónicamente	Plan "MIXTO VALIDACIÓN" , mediante la herramienta "Cierre de Lotes" que provee el sistema.	Sí aplica

- La presentación debe realizarse a través de las Planillas de COMPANÍA, completando todos los datos requeridos en ellas.
- 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".
- En los **casilleros identificados como PLAN** se debe indicar "MIXTO MANUAL", "COSEGURO" o "MIXTO VALIDACIÓN" (sin separar las recetas por porcentajes de descuento) y no el nombre del grupo de planes (AMS, SMP, AMPS, etc)
- En el Resumen de Facturaciones debe detallarse el **Importe Neto a Reintegrar** y la **Bonificación** oportunamente asignada (si correspondiera).
- El criterio en el que se separan los lotes de recetas debe ser el mismo en el cual se informa lo presentado en el Resumen de Facturaciones.

El **Cierre electrónico de Lotes SIEMPRE debe indicarse en el Resumen de Facturación general** (planilla provista por COMPAÑÍA), 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”)

Coberturas Complementarias: Casos excepcionales

En una misma receta puede suceder por ejemplo, que un producto tenga cobertura complementaria, pero un segundo tenga cobertura principal. Es decir, si por ejemplo, PAMI no cubre determinado medicamento pero SanCor sí, la cobertura no funcionará como Complementaria sino como Cobertura Principal.

En el primer caso, la farmacia deberá proceder de acuerdo a la modalidad de liquidación de coberturas complementarias (bajo un plan “COSEGURO”, incluyendo las fotocopias de las recetas y troqueles correspondientes, con la firma del beneficiario en original).

En el segundo caso, debido a que la cobertura correspondiente NO opera como Complementaria sino como Principal, las recetas deberán presentarse junto con el resto de las recetas de la Cobertura Principal (bajo un Plan “Mixto”), calculando la Bonificación convenida. Por lo tanto, la receta y los troqueles correspondientes deben presentarse en original.

17.Recomendaciones Especiales:

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

17.2.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).

17.3.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.

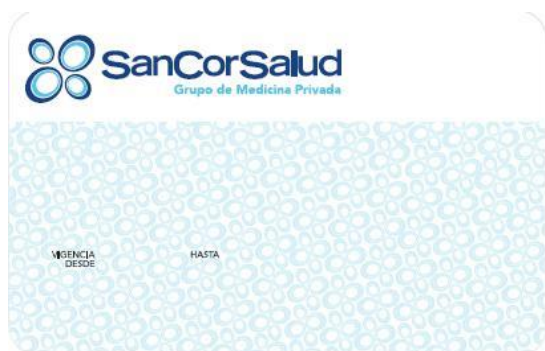
17.4.Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa.

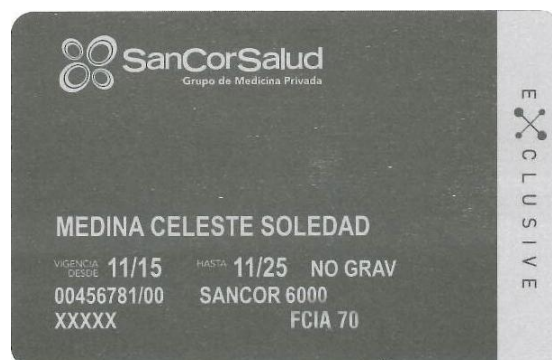
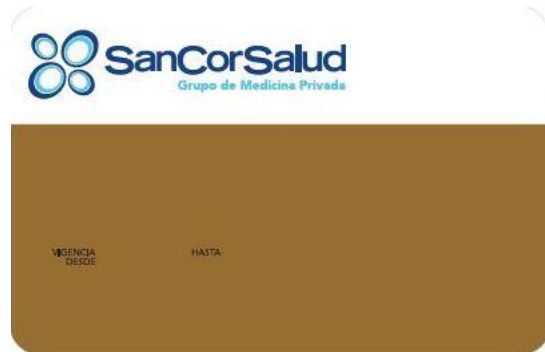
18.Atención de Consultas:

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.

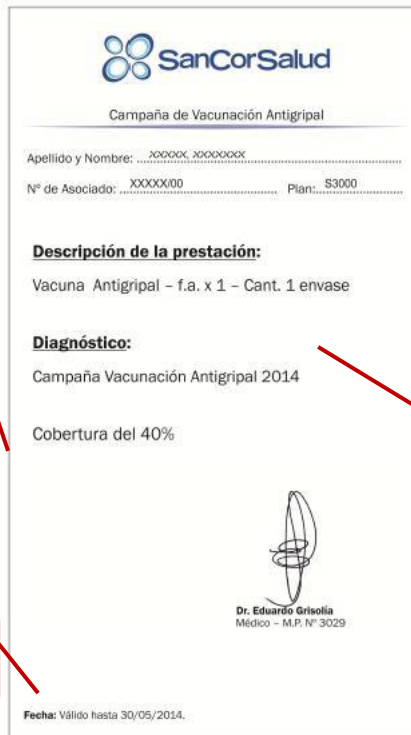
19.Muestra de Credenciales:





20. Muestra de Formularios Especiales:

Formulario Especial de Vacunas Antigripales (no debe validarse electrónicamente)



SanCorSalud
 Campaña de Vacunación Antigripal

Apellido y Nombre: XXXXXX, XXXXXXXX
 N° de Asociado: XXXXXX/00 Plan: S3000

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

Diagnóstico:
 Campaña Vacunación Antigripal 2014

Cobertura del 40%

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

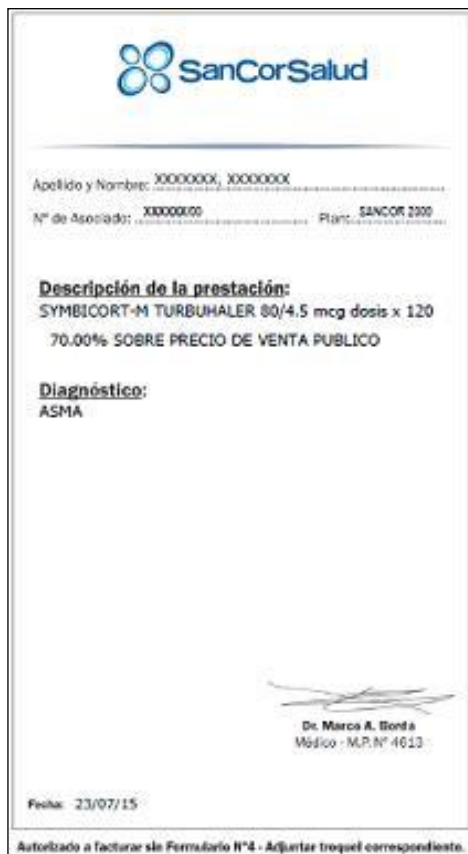
Fecha: Válido hasta 30/05/2014.

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

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)



SanCorSalud

Apellido y Nombre: XXXXXXXX, XXXXXXXX
 N° de Asociado: XXXXXXXX/00 Plan: 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. Bonda
 Médico - M.P. N° 4613

Fecha: 23/07/15

Autorizado a facturar via 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



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

SCS-01935013-800

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.



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

Nro: 01251083

Apellido y Nombre: XXXXXXX, XXXXXX XXXXX CUIL: XX-XXXXXXXX-X Número: XXXXXX/XX 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. XXXXXXXX

NO GRAV

DICTAMEN DE AUDITORIA

Autorizadas... Cod.: 669622 Cant.: 1 TRANSGLUTAMINASA, Ac. IgA Anti-
 Autorizadas... Cod.: 660001 Cant.: 1 ACTO BIOQUIMICO
 No Autorizadas Cod.: 663572 Cant.: 1 GLIADINA, Ac. IgA Anti- (AGA - IgA)
 NO CORRESPONDE SRESOL. NRO. 192/2011 DE MINISTERIO DE SALUD
 No Autorizadas Cod.: 663580 Cant.: 1 GLIADINA, Ac. IgG Anti- (AGA - IgG)
 NO CORRESPONDE SRESOL. NRO. 192/2011 DE MINISTERIO DE SALUD

Ambulatorio SI Form 6:

ACORDE A NORMATIVA PARA CELIACOS.

Diagnostico: CELIACA F

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

Nº AUTORIZACIÓN
01169246

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

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 3/04/2014

Fecha: 10/03/2014 Diferencia: _____ T.E.: _____

El prestador podrá facturar **NO requiere firma y sello del auditor** Original del Pedido Médico.

Resolución según cada especialidad.

Motivo de resolución especialidad no autorizada.

Controlar la fecha de vencimiento.