

	<h2>Aclaración: Fechas del F4</h2>
<p>CÓDIGO DE ENTIDAD: 445</p>	

Por medio del presente aclaramos que el Formulario de autorización F4 cuenta con dos fechas que deben ser verificadas para constatar su validez, las 2 condiciones se deben cumplir:

- **Fecha de vencimiento:** pasada dicha fecha el formulario carece de validez. Solo establece el rango durante el cual el afiliado puede realizar la compra.
- **Fecha de prescripción:** debe coincidir con la fecha de prescripción en la receta, es decir que dicho formulario fue emitido para una receta únicamente.

REITERAMOS, SE DEBEN CUMPLIR LAS 2 CONDICIONES: Formulario dentro del rango de vencimiento y fecha de prescripción de dicho formulario igual a la fecha de la receta presentada con él.

SanCorSalud

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

Nro: 01251083

Apellido y Nombre : XXXXXXX, XXXXXX XXXXX CUIL: XXXXXXXXXXXX Numero : XXXXXXX 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 G.A.R. XXXXXXXXXX

NO GRAV

DICTAMEN DE AUDITORIA

Autorizadas: Cod: 669622 Cant: 1 TRANSGLUTAMINASA, Ac. IgA Anti-
 Aularizadas: Cod: 660001 Cant: 1 ACTO BIOQUIMICO
 No Autorizadas: Cod: 665572 Cant: 1 GLIADINA, Ac. IgA Anti- (AGA - IgA)
 NO CORRESPONDE SIRESOI. NRO. 192/2011 DE MINISTERIO DE SALUD
 No Autorizadas: Cod: 665580 Cant: 1 GLIADINA, Ac. IgG Anti- (AGA - IgG)
 NO CORRESPONDE SIRESOI. 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
 Fecha prescripción: 7/03/2014
 Fecha realización:

Prestador actuante: Numero:

Firma del Paciente Firma y sello del Profesional

Nº AUTORIZACION
 011692

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

Controlar la fecha de vencimiento.

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

Ambas fechas deben cumplir los requisitos para que el formulario sea válido, **caso contrario es motivo de débito de la receta.**

Sin otro particular, los saludamos atentamente.



Ante cualquier duda, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente

Lunes a Viernes de 8:30 a 18:30 hs.

(011) 4136-9090 | 15 4030-4952 | (011) 15 3946-9482 | (011) 15 5401-6290

info@csf.com.ar

www.csf.com.ar

www.plataformacsf.com