

	<h2>Declaración de número F4 obligatorio</h2>
CÓDIGO DE ENTIDAD: 445	

Informamos que a partir del 11/01/2023 debe ingresarse obligatoriamente el número de Formulario F4 al realizar la Declaración de Dispensa correspondiente a fin de evitar la reutilización de los mismos.



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

Apellido y Nombre: XXXXXXX, XXXXX XXXXX CUIL: XX-XXXXXXX-1 Número: XXXXXXX Subpr: OSANS  
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.: 665572 Cant.: 1 GLIADINA, Ac. IgA Anti-(AGA - IgA)  
NO CORRESPONDE A RESOL. NRO. 182/2011 DE MINISTERIO DE SALUD  
No Autorizadas: Cod.: 865580 Cant.: 1 GLIADINA, Ac. IgG Anti-(AGA - IgG)  
NO CORRESPONDE A RESOL. NRO. 182/2011 DE MINISTERIO DE SALUD

Ambulatorio SI Form 6:  
ACORDE A NORMATIVA PARA CELIACOS.

Nº AUTORIZACIÓN:  
01169346

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

Firma del Paciente Firma y sello del Profesional

LA PRESENTE AUTORIZACIÓN SOLO ES VALIDA SI LA PRACTICA ESTA CONVENIDA EN LA RED DE PRESTADORES DE SU PLAN  
VENCIMIENTO FORMULARIO 30/04/2014  
Fecha: 18/03/2014  
El prestador podrá facturar con este formulario siempre que conste en el mismo un Nº de Autorización y se adjunte el original del Pedido Médico

Declarar obligatoriamente el número de F4.

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

Controlar la fecha de vencimiento.

Asimismo les recordamos lo indicado en la circular 400/22: el Formulario de autorización F4 cuenta con dos fechas que deben ser verificadas para constatar su validez:

- **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 3 CONDICIONES:

- ✓ Declaración del número de formulario F4
- ✓ Formulario dentro del rango de vencimiento
- ✓ Fecha de prescripción de dicho formulario igual a la fecha de la receta presentada con él.

**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](mailto:info@csf.com.ar)

[www.csf.com.ar](http://www.csf.com.ar)

[www.plataformacsf.com](http://www.plataformacsf.com)