

## SANCOR SALUD UNIFICADO 01/08/2022 (338)

### Validación de FORMULARIOS NRO. 4:

A partir del 07/11/2022 se comenzará a controlar la validez de los Formularios Nro 4 contra el servidor de Sancor Salud.

Al momento de la validación online **será obligatorio el ingreso del Nro de formulario en el campo "receta" tal cual figura en el margen superior derecho de dicho formulario.** (NO DEBE LEERSE EL CODIGO DE BARRAS, ya que el mismo no contiene el dato correspondiente).

Se recomienda prestar especial atención en la cantidad de envases autorizados y % de cobertura indicado en el formulario.

Si el Nro. ingresado corresponde a un formulario habilitado para el afiliado el sistema online devolverá la autorización. En los casos en que el nro. ingresado corresponda a un formulario inválido, o el mismo se encuentre ya utilizado, vencido o anulado por la obra social la validación será rechazada informándose en el ticket de validación el estado del F4.

### **Los formularios Nro. 4 siempre deben presentarse acompañado de la receta médica.**

(Imágen Formulario Nro. 4)

SanCor Medicina Privada

FORMULARIO NRO. 4  
PRESTACIONES QUE  
REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

Nro: 03077324

Apellido y Nombre: CUIL: 20-14338473-2 Número: Sujepto:  
Fecha Rec: Fecha de Ingreso Serv. Salud:  
Fecha de Ingreso al Plan: Plan: SANCOR 3500 OH  
Entidad Nro: NO GRAV

DICTAMEN DE AUDITORÍA

Autorizadas...: Cnt.: 0004200 Cant.: 1 GLUCONEX 50 mg comp.x 30  
COBERTURA DEL 50 % SEGUN PLAN

(Observer Gestión)

Venta

PARTICULAR  SANCOR SALUD UNIFICADO 01/08/2022 AUT.ESPEC.FORM 4  OS SEMPRE

OS: SANCOR SALUD UNIFICADO 01/08/2022 AUT.ESPEC.FORM 4 Afilado:

FP: 28/10/2022 Venta: 28/10/2022 Receta: 03077324 Médico:

C1:  C2:  C3:  TP:

Producto	Cant.	REP	Precio	Total	% Cot
* Haga clic aquí para agregar un nuevo ítem					

Ingreso en forma manual

Se recuerda también que los formularios de Cronicidad y Anticonceptivos deben validarse en los planes correspondientes. **NO deben validarse por plan AUT.ESPECIAL FORM.4**

**FORMULARIO CRONICIDAD**  
**(DEBE VALIDARSE POR PLAN CRÓNICOS)**



Apellido y Nombre: .....

N° de Asociado: ..... Plan: SANCOR 1000

**Descripción de la prestación:**  
TRILEPTAL jbe.x 100 ml  
oxcarbazepina

**Diagnóstico:**  
EPILEPSIA

  
Dr. Ariel R. Quiroga  
Médico - M.P. N° 4421

Fecha: 03/05/22

PHF 2022003 - 02090204

Requiere validación obligatoria - Adjuntar troquel correspondiente.

**FORMULARIO ANTICONCEPTIVOS**  
**(DEBE VALIDARSE POR PLAN GENERAL)**



Apellido y Nombre: .....

N° de Asociado: ..... Plan: SANCOR 3000

**Descripción de la prestación:**  
SLINDA SIN ESTROGENOS comp.rec.x 24 + 4  
drospirenona

**Diagnóstico:**  
ANTICONCEPCIÓN.-

  
Dr. Ariel R. Quiroga  
Médico - M.P. N° 4421

Fecha: 01/06/22

PHF 2022003 - 02090204

Requiere validación obligatoria - Adjuntar troquel correspondiente.