

# INSTRUCTIVO **FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PREVIA**



**1.** | Ingreso con  
Usuario y Contraseña

**2.** | Validación  
Online

**3.** | Número  
de Autor

- ✓ Para comenzar, ingresá con usuario y clave a  
<http://prestadores.sancorsalud.com.ar/prestadores.login.aspx>



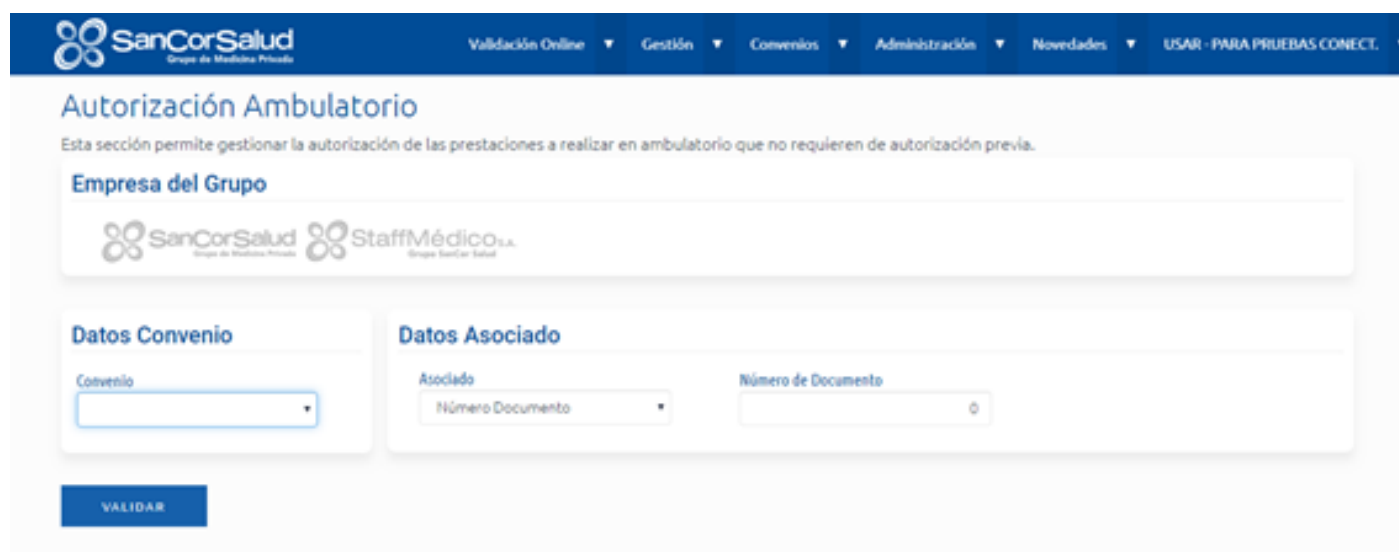
## 2. Validación Online

## 3. Número de Autorización

✓ Hacé click en la pestaña **Validación Online** y elegí la opción **Autorización Ambulatorio**.



✓ Completá los campos con los datos solicitados y presioná el botón **Validar**.

The screenshot displays the 'Autorización Ambulatorio' form. At the top, it says 'Esta sección permite gestionar la autorización de las prestaciones a realizar en ambulatorio que no requieren de autorización previa.' Below this, there are two main sections: 'Empresa del Grupo' and 'Datos Convenio'. The 'Empresa del Grupo' section has a dropdown menu with 'SanCorSalud' and 'StaffMédico S.A.' as options. The 'Datos Convenio' section includes a 'Convenio' dropdown menu. The 'Datos Asociado' section includes an 'Asociado' dropdown menu and a 'Número de Documento' input field. At the bottom left of the form is a blue button labeled 'VALIDAR'.

- ✓ Una vez validado el Asociado, ingresá el N° del Formulario 4 ubicado en la parte superior derecha.

**Efector**

Efector  
USAR - PARA PRUEBAS CONEC

Especialidad  
KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA

**Formulario Nro. 4**

Formulario Electrónico Nro.  


BUSCAR FORMULARIO

Observaciones  
Formulario Utilizado

**Prestaciones**

Chat Online



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

Nro: 01873598  
!##\*Pm#5l^s"

|                                      |                                          |                     |                   |
|--------------------------------------|------------------------------------------|---------------------|-------------------|
| Apellido y Nombre: SADURA PABLO      | CUIL: 20-32060042-2                      | Número: 745740 / 00 | Subpr: OSPERSAAMS |
| Fecha Nac: 11/03/1986                | Fecha de ingreso Serv. Salud: 01/01/2017 |                     |                   |
| Fecha de ingreso al Plan: 01/05/2018 | Plan: SANCOR 3000                        |                     |                   |
| Entidad Nro: 6008                    | C.A.R. SUNCHALES                         |                     | NO GRAV           |

**DICTAMEN DE AUDITORÍA**

Autorizadas... Cód.: 340172 Cant.: 1 INTENSIFICADOR ARCO EN C

Autorizadas... Cód.: 180107 Cant.: 1 ECOGRAFIA CEREBRAL / TRANSFONTANELAR

No Autorizadas... Cód.: 170110 Cant.: 1 CARDIOVERSION-NO EN U.T.I.

- ✓ Seleccioná la prestación e ingresá los datos del Prescriptor. Luego, presioná el ícono de la impresora para generar el ticket.



Fecha de Transacción Original: 08/01/20 06:19

Transacción: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN  
 Fecha Impresión: 08/01/20 09:20  
 Prescriptor:  
 Profesional:  
 Especialidad: KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA  
 Entidad Facturadora: USAR - PARA PRUEBAS CONECT.  
 Nro. Entidad: 8481  
 CUIT: 27227943128  
 Nro. Asociado: 745740/00  
 Asociado: SADURA, PABLO  
 Producto: NO GRAV  
 Plan:  
 Sexo/Edad: Masculino-33

| Prestaciones: |             |                   |       |
|---------------|-------------|-------------------|-------|
| Código        | Descripción | Nro. Formulario 4 | Cant. |
| NM 340172     |             | 01873598          | 1     |
|               | AUTORIZADO  |                   |       |
| NM 180107     |             | 01873598          | 1     |
|               | AUTORIZADO  |                   |       |

Observaciones  
 ADJUNTAR ESTUDIOS PREVIOS DIAGNOST. E HIST.CLINICA LEGIBLE

Nro. autorización:  
 9012080

### 3. | Número de autorización



- ✓ El sistema generará un ticket con el número de autorización que deberán colocar en la Planilla para Facturación de Prestaciones.

### PLANILLA PARA FACTURACIÓN DE PRESTACIONES

[illegible]

Colocar el N° de autorización que figura en el ticket

0800-7777-SALUD (72853) [sancorsalud.com.ar](http://sancorsalud.com.ar)



|                                                                                                 |                             |                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
|  SanCorSalud |                             |                         |
| Fecha de Transacción Original:                                                                  |                             | 08/01/20 06:19          |
| <hr/>                                                                                           |                             |                         |
| Transacción:                                                                                    | SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN   |                         |
| Fecha Impresión:                                                                                | 08/01/20 09:20              |                         |
| Prescriptor:                                                                                    |                             |                         |
| Especialidad:                                                                                   | KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA |                         |
| Entidad Facturadora:                                                                            | USAR - PARA PRUEBAS CONECT. |                         |
| Nro. Entidad:                                                                                   | 8481                        |                         |
| CUT:                                                                                            | 27227943128                 |                         |
| Nro. Asociado:                                                                                  | 74574000                    |                         |
| Asociado:                                                                                       | SADURA, PABLO               |                         |
| Producto:                                                                                       | NO GRAV                     |                         |
| Sexo/Edad:                                                                                      | Masculino-33                |                         |
| <hr/>                                                                                           |                             |                         |
| Prestaciones:                                                                                   |                             |                         |
| Código                                                                                          | Descripción                 | Nro. Formulario 4 Cant. |
| NM 340172                                                                                       |                             | 01873598 1              |
| <hr/>                                                                                           |                             |                         |
| AUTORIZADO                                                                                      |                             |                         |
| NM 180107                                                                                       |                             | 01873598 1              |
| <hr/>                                                                                           |                             |                         |
| AUTORIZADO                                                                                      |                             |                         |
| <hr/>                                                                                           |                             |                         |
| Observaciones                                                                                   |                             |                         |
| ADJUNTAR ESTUDIOS PREVIOS DIAGNOST. E HIST.CLINICA LIGIBLE                                      |                             |                         |
| <hr/>                                                                                           |                             |                         |
| Nro. autorización:                                                                              |                             |                         |
| 9012080                                                                                         |                             |                         |

Colocar el N° que figura en el  
borde derecho superior del F4

|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                             |                |                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                 | <b>FORMULARIO NRO. 4</b><br><b>PRESTACIONES QUE</b><br><b>REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA</b> |                | <br><b>Nro: 01873598</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                             |                | <b>!##*Pm#5l's"</b>                                                                                           |
| <b>Apellido y Nombre:</b> SADURA PABLO<br><b>Fecha Nac:</b> 11/03/1990 <b>Fecha de ingreso Serv. Salud:</b> 01/01/2017<br><b>Fecha de ingreso al Plan:</b> 01/09/2015 <b>Plan:</b> SANCOR 3000<br><b>Entidad Nro:</b> 6008 <b>C.A.R.</b> SUNCHALES | <b>CUIL:</b> 20-32000042-2<br><b>Número:</b> 745740 / 00<br><b>Subpr:</b> OSPERSAAMS        | <b>NO GRAV</b> |                                                                                                               |
| <b>DICTAMEN DE AUDITORÍA</b>                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                             |                |                                                                                                               |
| <b>Autorizadas ...Cód.: 340172 Cant.: 1 INTENSIFICADOR ARCO EN C</b>                                                                                                                                                                               |                                                                                             |                |                                                                                                               |
| <b>Autorizadas ...Cód.: 180107 Cant.: 1 ECOGRAFIA CEREBRAL / TRANSFONTANELAR</b>                                                                                                                                                                   |                                                                                             |                |                                                                                                               |
| <b>No Autorizadas ...Cód.: 170110 Cant.: 1 CARDIOVERSION/NO EN U.T.I.</b>                                                                                                                                                                          |                                                                                             |                |                                                                                                               |

### IMPORTANTE

Recordá prevalidar las prácticas solicitadas al momento de acordar un turno con el Asociado, para evitar la realización de prestaciones no convenidas y su consecuente débito.



 ¡Es muy sencillo!

**Por dudas o consultas, comunicarse al**

 0800-7777-SALUD 72583

o a través de los canales virtuales.