

DIABETES / ANTICONCEPTIVOS

	A CARGO ENTIDAD	A CARGO AFILIADO	COBERTURA SOBRE
TIRAS REACTIVAS	100%	----	MANUAL FARMACEUTICO
HIPOGLUCEMIANTES ORALES	100%	----	MANUAL FARMACEUTICO
INSULINAS	100%	----	MANUAL FARMACEUTICO
AGUJAS	100%	----	MANUAL FARMACEUTICO
ANTICONCEPTIVOS	100%	----	MANUAL FARMACEUTICO

CREDENCIAL
Definitiva: SI
Provisoria: SI

PADRON DE BENEFICIARIOS (*1)

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: SI

TIPO DE RECETARIO (*2)
Particular: SI
Digital/Electrónico: SI (que cumplan con Ley 27553 y Decreto PEN 98/2023 y Res. MS305/2023)

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días corridos

ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATR.
Con sello: SI Manuscrito: NO

ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES
Letras: SI Números: SI

LIMITACIONES CANTIDAD
Hasta TRES (3) especialidades por receta y hasta un (1) envase por especialidad.
Excepciones: Con tratamiento prolongado hasta

dos (2) envases por especialidad.

LIMITACIONES TAMAÑO
Si no indica: El menor.
Si indica "GRANDE": El inmediato siguiente al menor.
Si erra: El inmediato inferior al indicado.
Si indica: Lo requerido

AUTORIZACIONES (*3)

ENMIENDAS SALVADAS:
Por el médico: SI (errores de prescripción)
Por el afiliado: SI (errores de expendio)
Por la farmacia: SI (errores en datos de afiliación)

PRESENTACION (*4)

FACTURACION Y REFACTURACION: Ver normas generales de atención y presentación.

(*1) PADRON DE BENEFICIARIOS

Verificar siempre que el afiliado se encuentre incluido en el Padrón de Beneficiarios Habilitados.

(*2) RECETARIOS

Las únicas recetas que tendrán validez

- Las originales, escritas en papel , con firma manuscrita del médico
- Las recetas electrónicas o digitales emitida a través de sistema informático, de acuerdo a lo establecido por la Ley 27553, Decreto PEN 98/2023 y Res. MS305/2023.

DIABETES / ANTICONCEPTIVOS

Datos en la receta

- Denominación de la Entidad
- Nombre y Apellido del socio y número
- Descripción medicamento (con o sin genérico), concentración, forma farmacéutica, cantidad de envases en número y letra
- Fecha prescripción.
- Firma médica y sello aclaratorio legible (original en papel)
con firma digital o electrónica del médico (recetario digital o electrónico)

Datos de la venta a incluir por la farmacia:

- Fecha de venta
- Firma y sello de la farmacia, firma sello D.T.
- Código Referencia Validación. (Si requiere validación)

Datos del afiliado a incluir por conformidad de venta:

- Firma y aclaración.
- Número de documento
- Domicilio

(*3) AUTORIZACIONES

Podrá expendirse cualquier excepción a la presente norma de atención, cuando la receta se encuentre autorizada por Admifarm Group.

(*4) PRESENTACION

La facturación se deberá presentar en lotes por separado, de acuerdo al siguiente detalle:

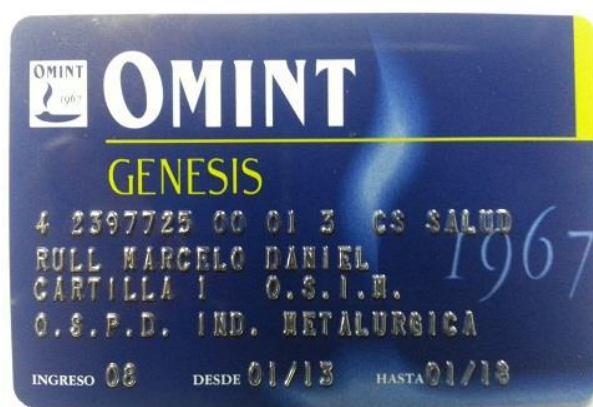
- 100% TIRAS REACTIVAS
- 100% HIPOGLUCEMIANTES ORALES
- 100% INSULINAS
- 100% AGUJAS

Sólo se aceptaran recetas pertenecientes al período presentado más el remanente del mes anterior.

MUY IMPORTANTE:

TODO LO NO ESTABLECIDO EN LAS PRESENTES NORMAS OPERATIVAS ESPECIALES SE RIGE POR LAS NORMAS GENERALES DE ATENCION Y PRESENTACION ENTREGADAS OPORTUNAMENTE.

MODELOS DE CREDENCIAL



MODELOS DE CREDENCIAL



CREDENCIAL CON STICKER

