



CÓDIGO DE ENTIDAD: 416

## Principio activo obligatorio y otros requisitos / Autorizaciones especiales

Informamos que a partir de la fecha se implementan las siguientes modificaciones en las normas de atención de BRAMED:

### 1. Principio activo obligatorio / Requisitos de la prescripción (punto 3):

Las prescripciones deben cumplir los siguientes requisitos, además de los indicados en el punto 3.2 de las normas vigentes:

- Los **medicamentos deben ser recetados por nombre genérico**. La ausencia de principio activo es motivo de rechazo de la receta.
- La cantidad de cada medicamento debe estar expresado **en números y letras**.
- Además del número de afiliado, la prescripción debe indicar el **plan** correspondiente.
- La farmacia debe **verificar la vigencia del recetario** (circular 168/17 B) y la **correcta prescripción médica en todos los casilleros indicados en el mismo**. Caso contrario, no es válida la dispensa.
- Las **correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción debe estar salvadas por el profesional** con su firma y sello. **Se rechazarán las recetas que no estén debidamente salvadas**.

### 2. Autorizaciones Especiales (punto 7):

Son válidas las recetas que **NO cumplan con todos los requisitos, Plan Materno Infantil y/o Resolución 310** cuando se hallen autorizadas mediante alguna de las siguientes modalidades:

- firma y sello (en la receta o bien vía fax) por la **Farm. Mariana Del Huerto Terol** o por la **Auditoria Médica de BRAMED**.
- **formulario de autorización** (según muestra a continuación). En ese caso no es necesario verificar la firma del autorizante.

En todos los casos se indicará el porcentaje de descuento correspondiente.

Cabe recordar que el plazo de vigencia de la autorización es el día de la autorización y los 29 días siguientes (circular 168/17 B).

BRAMED MEDICINA PRIVADA						
		Dirección: Estrada 272 Local "1" (5003) - Córdoba Telf / Fax: (0351) 460-1215		<a href="http://bramedsalud.com">http://bramedsalud.com</a>		Categ. Trib. Resp. Inscript: CUIT: 30-71073853-6 F. inicio Act: 01/01/72
Afiliado:			40003356 Delegación: Córdoba		Fecha: 08/09/15	
Diagnóstico: Bronquitis			11 Años Masculino Plan: SUPERIOR		Ambulatorio	
Observaciones: ccv						
Práctica Indicada						
	<b>Druga</b>	<b>Unidades</b>	<b>Presentación</b>	<b>Potencia</b>	<b>% Rec</b>	<b>Cant</b>
	budesonide	200	AERO		50	1
	salbutamol	250	AERO		50	1
Firma Beneficiario      Fecha:		<b>VALIDEZ DE ESTA ORDEN</b>  <b>30 DIAS</b>			Firma y sello Efector      Fecha:	

### 3. Datos a completar por la farmacia (punto 9):

Se aclara que la farmacia debe **adjuntar a la receta cualquiera de los siguientes comprobantes de venta:**

- Ticket fiscal propiamente dicho.
- Duplicado o triplicado del ticket fiscal (idéntico al original pero con una leyenda de fondo "NO FISCAL").
- Facturas A o C.

La **falta de cualquiera de ellos será causal de débitos por parte de BRAMED**. La Entidad NO aceptará comandas ni cualquier otro tipo de comprobantes que no sean los antes mencionados, SIN EXCEPCIÓN.

Asimismo cabe mencionar que **la farmacia debe indicar los importes correspondientes a la dispensa** (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales), **completando los casilleros del recetario destinados a tal fin**.

La **firma y aclaración de quien retira los medicamentos** también debe figurar en el casillero correspondiente del recetario.

Sin otro particular, los saludamos atentamente.

ANTE CUALQUIER DUDA, COMUNÍQUESE CON NUESTRO SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE | LUNES A VIERNES | 8.30 A 18.30 HS



RINCÓN 40 | 1081 | BUENOS AIRES | (011) 4136-9090 | FAX: (011) 4136-9001 [WWW.CSF.COM.AR](http://WWW.CSF.COM.AR) | [INFO@CSF.COM.AR](mailto:INFO@CSF.COM.AR)