



Dx Medical
SALUD



FACAF

FEDERACIÓN ARGENTINA
DE CÁMARAS DE FARMACIAS



DESCUENTO A CARGO DE DX MEDICAL

AMBULATORIO	40% Para producto incluidos en el VDM ambulatorio (excepto antidiabéticos orales y anticonceptivos que requieren autorización previa).
CRÓNICOS	70% Para productos incluidos en el VDM ambulatorio con autorización previa.
PMI	100% Para todos los incluidos en el VDM PMI. Exclusivamente con autorización previa
AUTORIZADOS La auditoría médica de DX MEDICAL puede autorizar el expendio de productos por fuera de los VDM, indicando el descuento correspondiente a cargo de la cobertura médica con sello y firma. Planes Ambulatorios y Crónicos con cobertura al 100% podrán dispensarse con previa autorización.	

DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO

Credencial y Documento de Identidad.



RECETARIO

TIPO	• CONVENCIONAL. • DIGITAL (Remitida por whatsapp, mail, etc)
VALIDEZ	30 (treinta) Días corridos contando la fecha de prescripción.



DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:

- Nombre de la entidad / obra social.
- Nombre y Apellido del paciente.
- Número de asociado.
- Medicamentos recetados, por su denominación genérica exclusivamente y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expenderá solamente uno).
- Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.
- Fecha de prescripción.
- Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción deben estar salvadas por el profesional con su firma y sello.

LÍMITE DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES	3 (tres)
POR RECETA	Hasta 3 (tres) envases.
POR RENGLON	Hasta 1 (un) envase.
ANTIBIOTICOS INYECTABLES MONODOSIS	Hasta 5 (cinco) envases para una sola especialidad por receta.



LÍMITES DE TAMAÑOS

HASTA 1 (UNO) DE TAMAÑO GRANDE POR RENGLÓN

OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el medico NO indica tamaño, debe entregarse el de menor contenido.
- Cuando el medico solo indica GRANDE, debe entregarse el tamaño siguiente al menor.
- Cuando el medico equivoca cantidad, debe entregarse el tamaño inmediato inferior.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- ADJUNTAR LOS TROQUELES DEL SIGUIENTE MODO:
 - De acuerdo al orden de prescripción.
 - Incluyendo el código de barras.
- Número de orden de la receta.
- Fecha de Venta.
- Precios unitarios, totales, a cargo Entidad (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos, las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario)
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento. (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
- Para la presentación de las recetas la farmacia cuenta con 60 días corridos contados desde la fecha de expendio. Pasado dicho plazo serán indefectiblemente debitadas.



PSICOFÁRMACOS

El profesional debe confeccionar además un segundo recetario según normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia. No se aceptan fotocopias



MEDICAMENTOS FALTANTES

Si por cualquier motivo en la farmacia falta el o los productos recetados, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 Hs. de haber sido requeridos por el beneficiario, quien debe conocer tal condición para adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo.

PLAN MATERNO INFANTIL

- **EXCLUSIVAMENTE CON AUTORIZACIÓN PREVIA**

100% de descuento en medicamentos para la madre, desde el momento de la detección del embarazo hasta 30 días posteriores al parto y para el recién nacido hasta el año de vida

- **LECHES MEDICAMENTOSAS CON AUTORIZACIÓN PREVIA INCLUIDAS EN EL VDM PMI**

100% de descuento, hasta 4 kg/mes y hasta los 3 meses de edad.

EXCLUSIONES

Los descuentos indicados en este instructivo **se aplican solamente sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta** incluidas en VDM ambulatorio o VDM PMI según corresponda.

MODELO DE CREDENCIAL

DIGITAL



MODELO DE AUTORIZACIÓN



FECHA DE EMISIÓN: 06/06/2025

FECHA DE VENCIMIENTO: 06/07/2025

AUTORIZACIÓN MÉDICA

DATOS DEL AFILIADO	FECHA	CENTRO MEDICO	PRACTICA O TURNO
Apellido y Nombre: JUAN MANUEL GRIMALDES DNI: 39-459-882 Nº AF : 20-39459882-9	Lunes 09/07/2025 9hs	Oftalmologia Rivadavia Av. Rivadavia 11097, 1er piso, CABA	Oftalmología Dr: Malvitano

AUTORIZACIÓN MÉDICA

OBSERVACIONES	PRESTACION // SE AUTORIZA	COSEGURO
LLEVAR AUTORIZACION IMPRESAS /ORDENES Y DNI	Oftalmología Dr: Malvitano	\$10.000

Autoriza prestacion: _____
 DX MEDICAL SALUD

