

Señores:  
**FARMACIA**  
Presente

**Ref.: RECEPCION MOSTRADOR  
RECETAS DIGITALES**

De nuestra consideración:

Atentos al contexto actual de emergencia sanitaria que afecta a nuestro país como consecuencia del **Covid-19** y de acuerdo a la extensión notificada del AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO, **ADMIFARM GROUP ha implementado medidas especiales y extraordinarias para mantener el normal acceso a la medicación ambulatoria de todos los afiliados de las instituciones a las que brindamos servicio.**

**De acuerdo a lo antedicho, durante la vigencia del AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO se aceptarán los comprobantes y/o certificaciones para el retiro de los medicamentos de venta ambulatoria y crónica detallados a continuación:**

- A. Receta original según normativa.
- B. Fotocopia de receta original según normativa.
- C. Impresión de prescripción médica (manuscrita o preimpresa) enviada a través de email o aplicación de mensajería electrónica por el Médico tratante. En este caso, tanto el afiliado como la farmacia podrán imprimir dicho documento y utilizarlo para la dispensa. En todos los casos deberá constar la firma y el sello médico, ya sea de su puño y letra o registrado digitalmente
- D. Transcripción de la receta manuscritas o formularios que hayan sido enviadas a los afiliados a través de cualquier medio digital (e-mail, WhatsApp, etc) en el formulario que se adjunta al presente para los casos que el afiliado no cuente con impresión física de la prescripción.

Dicho formulario deberá completarse con todos los datos solicitados y sellarse al dorso con los datos del afiliado o de quien retira la medicación.

De acuerdo con la prórroga decretada del AISLAMIENTO SOCIAL PREVENTIVO Y OBLIGATORIO, esta medida tendrá vigencia hasta el día 12/04/2020, informando oportunamente las modificaciones que pudieran surgir por este mismo medio.

Asimismo, les recordamos que en todas las Instituciones que posean control del Centro de Seguimiento de Patologías Crónicas (Nutrar) se prorrogará la entrega por un mes adicional con fotocopia de la receta original.

Es decir, para las Entidades con tratamientos de **una receta y determinada cantidad de copias (3, 4, 5, etc.)** se deberá aceptar una **NUEVA IMAGEN** de la prescripción original. La misma no será pasible de débito alguno.

Quedamos a vuestra entera disposición ante cualquier consulta o solicitud al teléfono **0810-444-ADMI (2364)** o al correo electrónico **comercial@admifarmgroup.com**.

Sin otro particular, les saludamos atentamente.



 ADMIFARM  
GROUP  
Carlos Ontivero  
Subgerente Comercial

## FORMULARIO RECETA DIGITAL

DENOMINACION DE LA ENTIDAD:

NUMERO DE AFILIADO:

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

RP1 (MONODROGA COMPLETA + UNIDADES)

RP2 (MONODROGA COMPLETA + UNIDADES)

RP3 (MONODROGA COMPLETA + UNIDADES) **DE CORRESPONDER SEGÚN NORMA**

MEDICO PRESCRIPTOR (NOMBRE, APELLIDO, MATRICULA)

DIAGNOSTICO **(SI ES REQUERIDO):**

T.P: **SI / NO**

FECHA DE PRESCRIPCIÓN:

**NRO. DE VALIDACION / TRANSACCION:**

<b>PROGRAMA</b>	<b>PROGRAMA</b>	<b>PROGRAMA</b>	<b>PROGRAMA</b>	<b>PROGRAMA</b>
-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------