

# INSTRUCTIVO DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS PARA DIABETES



## 1. OBJETIVO

Establecer claramente la metodología para la provisión de medicamentos de Diabetes con el objetivo de dar cumplimiento la Ley 23.753 y modificaciones.

## 2. ALCANCE

Abarca desde la presentación del certificado de los Beneficiarios Diabéticos, el pedido de medicación, la auditoria médica hasta la entrega del medicamento y reporte de información según Rss. MS 1711-14.

## 3. RESPONSABLES:

- **Gerencia de Operaciones:** Diseñar, dar las pautas para la correcta aplicación de este instructivo, así como de mantenerlo actualizado, verificar que se cumplan los requerimientos establecidos en el mismo y hacer envió al Cliente.
- **Centro de Atención:** Atender las inquietudes a delegaciones y Afiliados en los tiempos y con los procedimientos establecidos internamente por Farmanexus.
- **Contrataciones de Farmacias:** Realizar la Gestión conforme tiempos y con los procedimientos establecidos internamente por Farmanexus.
- **Procesamiento de Datos.:** Realizar la Gestión de carga de Recetas conforme tiempos y con los procedimientos establecidos internamente por Farmanexus.
- **Obras Sociales y Delegaciones.:** Conocer el presente documento, comunicar éste instructivo a los involucrados en sus instalaciones para la correcta ejecución, dar cumplimiento y solicitar su actualización e informar cualquier novedad a la Gerencia de Operaciones de Farmanexus en caso de requerirlo.
- **Responsable de Calidad:** Garantizar que el presente documento se ajuste a los requerimientos de la norma ISO 9001:2008 y los establecidos por Farmanexus.

## 4. DEFINICIONES

**Nativo:** Sistema de carga de pedidos y gestión de convenios.

## 5. DESARROLLO

### 5.1. FORMULARIOS

5.1.1. Formulario de Diabetes (OP.PD.FO.31):

Formulario utilizado para registrar a los afiliados dentro de la patología Diabetes y para autorizar el tratamiento por un plazo de 6 meses. Debe ser completado por el profesional médico tratante cada 6 meses para gestionar una nueva autorización de medicación. (según Res. MS 1711-14 Anexo II puntos C, D y H).

El formulario se considera completo si cumple con los criterios indicados en la imagen siguiente.

# INSTRUCTIVO DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS PARA DIABETES



**RECETA DIABETES**  
VÁLIDO SOLO PARA MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON DIABETES - COBERTURA 100% SEGÚN RESOLUCIÓN 1761/14

FARMANEXUS

---

**OBRA SOCIAL (SIGLAS)** \_\_\_\_\_ Nº S.S.S. \_\_\_\_\_

**DATOS DEL AFILIADO**

APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ SEXO  F  M

DOC TIPO \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

Nº AFILIADO \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

CALLE \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ PISO \_\_\_\_\_ COD. POSTAL \_\_\_\_\_ BARRIO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE** (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

MATRICULA \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_ TEL. CELULAR \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

**RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA**

FECHA DEL REGISTRO \_\_\_\_\_ EDAD DEL DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO**

TIPO 1  TIPO 2  DISLIPIDEMIA  SI  NO  OBESIDAD  SI  NO  TABAQUISMO  SI  NO

**COMPLICACIONES**

HIPERTROFIA VENTRICULAR  SI  NO  INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO  SI  NO  ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR  SI  NO

RETINOPATÍA  SI  NO  CEGUERA  SI  NO  VASCULOPATÍA PERIFÉRICA  SI  NO

AMPUTACIÓN  SI  NO  DIÁLISIS  SI  NO  NEUROPATÍA PERIFÉRICA  SI  NO

NEFROPATÍA  SI  NO  TRANSPL. RENAL  SI  NO  INSUF. CARDÍACA  SI  NO

**ESTUDIOS**

VALOR	FECHA	VALOR	FECHA	VALOR	FECHA
GLUCEMIA EN AYUNAS		MICROALBUMINURIA		FONDO DE OJO	
HBA1C		TA SISTÓLICA		PESO	
LDLc		TA DIASTÓLICA		TALLA	
TRIGLICÉRIDOS		CREATININA SÉRICA		CIRC. ABDOMINAL	

**TRATAMIENTO**

ACTUACIÓN FÍSICA  SI  NO  CUMPLE ADECUADAMENTE TRAT  SI  NO

FARMACOS ANTIHIPERTENSIVOS  SI  NO  FARMACOS HIPOLIPEMIANTE  SI  NO  ACIDO ACETIL SALICILICO  SI  NO

HIPOLIPEMIANTE ORALES  SI  NO

TRATAMIENTO SOLICITADO	MONODROGA	NOMBRE COMERCIAL	PRESENTACIÓN	DOSES DIARIA	CAJAS MENSUALES
HIPOLUCEMIANTE	GLIBENCLAMIDA <input type="checkbox"/>		5 mg <input type="checkbox"/>		mg
HIPOLUCEMIANTE	METFORMINA <input type="checkbox"/>		500 <input type="checkbox"/> 750 <input type="checkbox"/> 850 <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/>		mg
HIPOLUCEMIANTE	GLIMEPIRIDE <input type="checkbox"/>		2mg <input type="checkbox"/> 4mg <input type="checkbox"/>		mg
HIPOLUCEMIANTE	GLIPIZIDA <input type="checkbox"/>		5 mg <input type="checkbox"/>		mg
HIPOLUCEMIANTES	OTROS <input type="checkbox"/>				
TIRAS REACTIVAS	<input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		di
INSULINA	CTE <input type="checkbox"/> LISPR <input type="checkbox"/> ASPAR <input type="checkbox"/> GLIUL <input type="checkbox"/>				UL
INSULINA	NPH <input type="checkbox"/> DETEM <input type="checkbox"/> GLARG <input type="checkbox"/> DEGL <input type="checkbox"/>				UL
INSULINA	NPH + CTE <input type="checkbox"/> ASPBIF <input type="checkbox"/> LISPARM <input type="checkbox"/>				UL
INSULINA	OTROS <input type="checkbox"/>				UL

NOTA: El beneficiario debe recibir y prescribir en forma social para ser de forma regular y oportuna en forma general por el beneficiario. Denominación Común Internacional que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración. (Ej: 250mg, w/c, segund).  
 UNA EMPRESA DEL GRUPO PROYECTA DE FARMACÉUTICOS S.A. GO.PD.FO.31 VERS.03.VIGENTE 08/05/2019

FIRMA DEL BENEFICIARIO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL MÉDICO \_\_\_\_\_

**Datos del Beneficiario:** es necesario que se encuentren lo más completos posible. Pueden ser completados por el mismo beneficiario.

**Datos del Médico Tratante:** los datos son obligatorios la primera vez que el médico usa el formulario para prescribir. Luego no son datos obligatorios.

**Datos Obligatorios**

**Complicaciones:** al menos un dato de este grupo es obligatorio.

**Estudios:** al menos un dato de este grupo es obligatorio. La fecha del estudio no debe superar los 6 meses desde su realización

**Tratamiento:** al menos un dato de este grupo es obligatorio.

**Tratamiento:** Siempre debe indicar el tratamiento completo. Es obligatorio completar la dosis diaria requerida de cada medicamento. Recordar colocar lancetas/tiras y agujas de ser necesarias.

**Formulario de Certificación de Diabetes.**  
Modelo compatible con el requerimiento de Res. MS 1711-14

## 5.2. MOTIVOS DE RECHAZOS DE LOS FORMULARIOS RECETA

Las causales de rechazos de los formularios receta:

1. Fecha de preinscripción vencida o inexistente. (Validez: 60 días)
2. Firma y sello médico inexistente o ilegible.
3. Datos del afiliado ilegibles.
4. Ausencia de autorización de la obra social (si corresponde).
5. Afiliado dado de baja.
6. Potencia prescripta incorrecta.
7. Potencia inexistente/no especifica forma farmacéutica.
8. Monodroga no cubierta

# INSTRUCTIVO DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS PARA DIABETES



## 5.3. MEDICAMENTOS Y COBERTURAS

Hipoglucemiantes Res. 1156/14		Hipoglucemiantes Fuera Res. 1156/14	
	Cobertura		Cobertura
Glibenclamida	100%	canagliflozina	Definida por el Cliente
Gliclazida	100%	canagliflozina+metformina	Definida por el Cliente
Glimepiride	100%	Clorpropamida	Definida por el Cliente
Glimepiride + Metformina	100%	dapagliflozina	Definida por el Cliente
Glipizida	100%	dapagliflozina+metformina,clorh.	Definida por el Cliente
Metformina	100%	Empagliflozina	Definida por el Cliente
Metformina + Glibenclamida	100%	Exenatida	Definida por el Cliente
Metformina+Pioglitazona	100%	linagliptina	Definida por el Cliente
Pioglitazona	100%	linagliptina+empagliflozina	Definida por el Cliente
Rosiglitazona	100%	linagliptina+metformina	Definida por el Cliente
Rosiglitazona+glimepirida	100%	liraglutida	Definida por el Cliente
<b>Insulinas</b>	<b>Cobertura</b>	Nateglinida	Definida por el Cliente
Ins.lispro+ins.lispro protamina	100%	saxagliptina	Definida por el Cliente
Insulina Aspartato	100%	Sitagliptina	Definida por el Cliente
Insulina Degludec	100%	sitagliptina+metformina,clorh.	Definida por el Cliente
Insulina Detemir	100%	teneligliptina	Definida por el Cliente
Insulina Glargina	100%	vildagliptin	Definida por el Cliente
Insulina Glulisina	100%	vildagliptin+metformina	Definida por el Cliente
Insulina Humana	100%	<b>Accesorios</b>	<b>Cobertura</b>
Insulina Humana Modificada	100%	Lancetas	100%
Insulina Lispro	100%	Tiras Reactivas	100%
<b>Otros</b>	<b>Cobertura</b>	Agujas	100%
Glucagon	100%	Aparato Medidor de Glucosa	100%

## 5.4. EMPADRONAMIENTO / CERTIFICACION

- 5.4.1 Los afiliados que actualmente consumen medicación para diabetes y los que sean detectados a futuro, deberán completar el Formulario de Diabetes (ver Sección C.) con su médico de cabecera, para recibir las coberturas según Ley 23753. Art 5.
- 5.4.2 Los afiliados con consumos anteriores en Diabetes, en caso de no presentar el formulario de Diabetes completo, continuarán recibiendo la medicación sin cambios en la cobertura, pero se generarán autorizaciones en forma mensual, es decir, deberán enviar una receta en forma mensual para que se autorice el tratamiento.
- 5.4.3 El formulario deberá ser presentado cada 6 meses o cuando exista un cambio de tratamiento, con los datos de estudios complementarios actualizados, con fecha de realización dentro del periodo, para conservar la cobertura al 100% de los hipoglucemiantes y tiras.

## 5.5. ENVIO DE LOS FORMULARIOS DE CERTIFICACIÓN

- 5.5.1. La Obra Social (o quien esta designe) deberá enviar COPIA LEGIBLE de los Formularios de Diabetes a Farmanexus por una de las siguientes vías:

Correo Electrónico:

repcion@farmanexus.com.ar

# INSTRUCTIVO DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS PARA DIABETES



WhatsApp (foto)	(011) 3298-1473
Fax:	(011)- 5239-1522

5.5.2. Farmanexus procesa el formulario en sistema Nativo en 24hs, registrando la información completa provista en el Formulario de Diabetes.

5.5.3. El Centro de Atención de Farmanexus se contactará con el afiliado (o el afiliado podrá contactarse luego de 72 hs. Hábiles) para informar el estado de su trámite y la farmacia donde retirar la medicación.

Centro de Atención	Correo Electrónico	Teléfonos	Horario
Afiliados	info@farmanexus.com.ar	0810-3453-276 011-5031-3700	Lunes a viernes 8hs a 19hs
Delegaciones y Obras Sociales.	delegaciones@farmanexus.com.ar	(011)-5031-3701 (011)-5031-3702	Lunes a viernes 8hs a 17hs

## 5.6. AUDITORIA MÉDICA

5.6.1. La Obra Social o Farmanexus realiza la auditoría médica basándose en la información médica consignada en el Formulario de Diabetes. La auditoría tomará los criterios definidos en la Rss. 1156-14 Anexo II, solicitará la documentación médica necesaria para determinar si corresponde o no el beneficio para los casos en la documentación presentada no coincida con los protocolos de tratamiento y topes estipulados por dicha resolución o la información sea incompleta.

5.6.2. La auditoría médica podrá reducir las cantidades prescriptas según los topes estipulados en la Res. 1156-14 Anexo II. Para los casos no re empadronados conservará los topes y coberturas anteriores a la aplicación de la Res. 1156-14.

5.6.3. Farmanexus comunicará la medicación no autorizada por motivos de auditoría médica o administrativos como los indicados en el punto D. La Obra Social podrá autorizar especialmente (revertir el rechazo) de cualquier de ellos poniéndose en contacto con Farmanexus enviando un email.

Centro de Atención	Correo Electrónico	Teléfonos	Horario
Delegaciones y Obras Sociales.	delegaciones@farmanexus.com.ar	(011)-5031-3701 (011)-5031-3702	Lunes a viernes 8hs a 17hs

## 5.7. AUTORIZACION DEL TRATAMIENTO

5.7.1. Farmanexus autorizará el tratamiento por un periodo de 6 meses con dispensaciones de medicación para hasta 2 meses de tratamiento en una sola entrega, siempre que el beneficiario concurra a la farmacia con las prescripciones confeccionadas para dichas cantidades.

## 5.8. DISPENSACION DE MEDICAMENTOS

Debido a que algunos medicamentos no son de comercialización frecuente, las farmacias pueden no tener dichos medicamentos en Stock. Por este motivo, los medicamentos pueden ser entregados desde el stock de la Farmacia o mediante un envío de medicación de Droguería Farmanexus a la Farmacia.

# INSTRUCTIVO DE PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS PARA DIABETES



El Centro de Atención brindará la información necesaria para que el afiliado pueda retirar la medicación correctamente.

## 5.9. DISPENSACIÓN DE FARMACIA

- 5.9.1. El afiliado concurre a la farmacia de la Red de Farmanexus indicada por el Centro de Atención con Carnet ó DNI y la prescripción de los medicamentos.
- 5.9.2. La Farmacia verifica la medicación autorizada en el sistema: monodroga, dosis, cantidad de cajas y elige, con consentimiento del afiliado, una marca comercial.
- 5.9.3. Al validar la receta el sistema indica si el medicamento se encuentra autorizado y el porcentaje de cobertura, en caso de que el paciente se encuentre empadronado y el medicamento esté autorizado entonces indicará cobertura al 100%, en caso contrario indicará menor cobertura (si el producto se encuentra incluido en el vademécum de agudos) o ninguna si el producto no tiene ningún tipo de cobertura.

<b>IMPORTANTE!!!</b> Ante cualquier consulta o inconveniente comunicarse con:			
<b>Centro Atención</b>	<b>Correo Electrónico</b>	<b>Teléfonos</b>	<b>Horarios</b>
Afiliados	info@farmanexus.com.ar	0810-3453-276 011-5031-3700	Lunes a Viernes 8hs a 19hs
Delegaciones y Obras Sociales.	delegaciones@farmanexus.com.ar	5031-3701 5031-3702	Lunes a Viernes 8hs a 17hs

## 5.10. REPORTE DE INFORMACIÓN

- 5.10.1. Reporte Completo de Beneficiarios: cuando la Obra Social lo requiera, se proveerá un reporte completo de Beneficiarios Diabéticos según la Res. 1711-14. Anexo II. Punto A.
- 5.10.2. Reporte Mensual de Afiliados Activos: en forma mensual se proveerá un reporte de los afiliados que registran consumos de medicación en los últimos 6 meses, según lo establecido en la Res. 1711-14. Anexo II. Punto 5.2
- 5.10.3. Reporte de Actualización Semestral de Empadronados: en forma semestral se proveerá un reporte de datos actualizados de los afiliados que registran consumos de medicación en los últimos 6 meses, según lo establecido en la Res. 1711-14. Anexo II. Punto C.