

PERMISO DE DIGEMID

RECETA

LA SOLICITUD DE AUTORIZACION EXCEPCIONAL DE IMPORTACION, TANTO PARA PRODUCTOS FARMACEUTICOS, DISPOSITIVOS MEDICOS Y PRODUCTOS SANITARIOS ES SOLO PARA PREVENCION, TRATAMIENTOS INDIVIDUALES Y PARA CASOS DE EMERGENCIA.

(ARTICULO 20 DEL DECRETO SUPREMO N°016-2011-SA Y SU MODIFICATORIA EN EL DECRETO SUPREMO N°016-2013-SA)

- SOLO ES PARA PERSONAS NATURALES
- PARA EL CASO DE PRODUÇTOS FARMACEUTICOS, NO SE AUTORIZAN MEDICAMENTOS ENVIADOS A GRANEL
- PARA EL CASO DE DISPOSITIVOS MEDICOS, AL SER ESTE TRAMITE PARA PERSONAS
 NATURALES, EL DISPOSITIVO SERA MANIOBRADO POR EL MISMO, ES POR ESTO QUE NO
 SE AUTORIZARÁ DISPOSITIVOS QUE POR SU NATURALEZA O COMPLEJIDAD, REQUIERAN
 EL MANEJO DE UN PROFESIONAL DE LA SALUD O ESPECIALISTA EN EL TEMA.
- ESTE TRAMITE SE REALIZA POR INTERMEDIO DE UNA RECETA MEDICA, LA CUAL DEBE SER EMITIDA POR UN PROFESIONAL DE SALUD PRESCRIPTOR DEL TERRITORIO NACIONAL, LA CUAL DEBE CUMPLIR CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 56 DEL REGLAMENTO APROBADO MEDIANTE DECRETO SUPREMO N°014-2011(REQUISITOS DE RECETA)
- EN EL CASO DE PRODUCTOS COSMETICOS, ESTOS SOLO SE AUTORIZARAN SOLO SI SON MEDICADOS COMO PARTE DE UN TRATAMIENTO.
- EN EL CASO DE DISPOSITIVOS MEDICOS DEBERA ADJUNTAR UN INFORME, ELABORADO POR EL SOLICITANTE, EL CUAL DEBE CONTENER POR LO MENOS: USO DESTINADO POR EL FABRICANTE, FORMA DE FUNCIONAMIENTO DEL DISPOSITIVO, ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL PRODUCTO.
- PARA EL CASO DE PRODUCTOS SANITARIOS DEBERA ADJUNTAR UN INFORME EL CUAL DEBE CONTENER: FABRICANTE, PAIS DE ORIGEN, FORMA FARMACEUTICA, FORMA DE PRESENTACION, CONTENIDO DEL PRODUCTO.

PARA EL TRAMITE DE RECETA DEBERA USTED SEGUIR LOS SIGUIENTES PASOS:

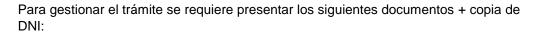
- LLENAR EL ANEXO 1, QUE ES EL FORMATO DE DECLARACION JURADA PARA SOLICITAR LA AUTORIZACION EXCEPCIONAL DE IMPORTACION.
- ASEGURARSE DE QUE EL MEDICO DEBE SIGA LAS PAUTAS DEL FORMATO MODELO DE RECETA, INDICANDO CADA UNA DE SUS PARTES INCLUYENDO EL DIAGNOSTICO QUE JUSTIFIQUE LA IMPORTACION DEL PRODUCTO.
- 3. ADJUNTAR A LOS DOS ANTERIORES UNA COPIA DEL DOCUMENTO EMITIDO POR SUNATADUANAS.
- LOS DOCUMENTOS DEBERÁN SER ENTREGADOS EN LA MESA DE PARTES DE LA INSTITUCIÓN, AV PARQUE DE LAS LEYENDAS N°246 – SAN MIGUEL-LIMA.

*SI USTED ENVÍA POR COURIER LA DOCUMENTACIÓN PARA ESTE TRÁMITE, LA RESPUESTA SERÁ ENVIADA A LA DIRECCIÓN QUE USTED COLOQUE DE REMITENTE POR LA MISMA VÍA.

TODO PRODUCTO DEBE SER RECETADO POR UN ESPECIALISTA PERUANO NO EXTRANJERO

Hay 3 tipos de productos que se clasifican en:

1) **MEDICAMENTOS**: Tienen que estar debidamente protegidos, en cajas o frascos. <u>No se puede traer medicamentos sueltos (en bolsa)</u>







Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas "Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres" "Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

ANEXO 1

SOLICITUD - DECLARACIÓN JURADA PARA LA AUTORIZACIÓN EXCEPCIONAL DE IMPORTACIÓN DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS.

DATOS DEL SOLICITANTE:	CATORATIOS BELLECTIVALENTES
Nombres y Apellidos	
N° de Documento de Identidad (Indicar el tipo)_	The state of the second second
Dirección	The state of the s
Distrito	Charle Firstform respectively.
Provincia	- to reference to the contract of
Departamento	(North and Supply and Apply and App
Teléfono (celular y/o fijo)	Telefonerównod (* 1841. ig) elefone
Fabricante	The state of the s
País de Procedencia del (los) Productos Farma	céuticos
Quien solicita, declaro bajo juramento:	
1. Que él o los productos farmacéuticos para los cual	les solicito autorización excencional de importación
corén utilizados poro la provención y/o tratamiento tra	dividual
serán utilizados para la prevención y/o tratamiento in	idividual.
2. Que el contenido total de la información presentado	da es absolutamente cierta y veraz.
 Que el contenido total de la información presentac Que asumo la responsabilidad administrativa, civil 	la es absolutamente cierta y veraz. y/o penal por cualquier acción que compruebe la
 Que el contenido total de la información presentacion. Que asumo la responsabilidad administrativa, civil falsedad, inexactitud o adulteración de los document 	y/o penal por cualquier acción que compruebe la
3. Que asumo la responsabilidad administrativa, civil	y/o penal por cualquier acción que compruebe la
3. Que asumo la responsabilidad administrativa, civil	y/o penal por cualquier acción que compruebe la
 Que asumo la responsabilidad administrativa, civil falsedad, inexactitud o adulteración de los document 	y/o penal por cualquier acción que compruebe la os presentados.
 Que asumo la responsabilidad administrativa, civil falsedad, inexactitud o adulteración de los document Nota: Se adjunta requisito Justificación médica e info 	y/o penal por cualquier acción que compruebe la os presentados. orme de las características del producto (Inciso "d"
3. Que asumo la responsabilidad administrativa, civil falsedad, inexactitud o adulteración de los document Nota: Se adjunta requisito Justificación médica e info del Artículo 20º del Decreto Supremo Nº 016-2011-	y/o penal por cualquier acción que compruebe la os presentados. orme de las características del producto (Inciso "d"
 Que asumo la responsabilidad administrativa, civil falsedad, inexactitud o adulteración de los document Nota: Se adjunta requisito Justificación médica e info 	y/o penal por cualquier acción que compruebe la os presentados. orme de las características del producto (Inciso "d"
3. Que asumo la responsabilidad administrativa, civil falsedad, inexactitud o adulteración de los document. Nota: Se adjunta requisito Justificación médica e infodel Artículo 20º del Decreto Supremo Nº 016-2011-	y/o penal por cualquier acción que compruebe la os presentados. orme de las características del producto (Inciso "d"
3. Que asumo la responsabilidad administrativa, civil falsedad, inexactitud o adulteración de los document. Nota: Se adjunta requisito Justificación médica e infodel Artículo 20º del Decreto Supremo Nº 016-2011-	y/o penal por cualquier acción que compruebe la os presentados. orme de las características del producto (Inciso "d"
3. Que asumo la responsabilidad administrativa, civil falsedad, inexactitud o adulteración de los document Nota: Se adjunta requisito Justificación médica e infodel Artículo 20º del Decreto Supremo Nº 016-2011-	y/o penal por cualquier acción que compruebe la os presentados. orme de las características del producto (Inciso "d"
3. Que asumo la responsabilidad administrativa, civil falsedad, inexactitud o adulteración de los document Nota: Se adjunta requisito Justificación médica e infodel Artículo 20º del Decreto Supremo Nº 016-2011-	y/o penal por cualquier acción que compruebe la os presentados. orme de las características del producto (Inciso "d"
3. Que asumo la responsabilidad administrativa, civil falsedad, inexactitud o adulteración de los document. Nota: Se adjunta requisito Justificación médica e infodel Artículo 20º del Decreto Supremo Nº 016-2011-	y/o penal por cualquier acción que compruebe la os presentados. orme de las características del producto (Inciso "d"
 Que asumo la responsabilidad administrativa, civil falsedad, inexactitud o adulteración de los document Nota: Se adjunta requisito Justificación médica e info del Artículo 20° del Decreto Supremo N° 016-2011- 2013-SA). 	y/o penal por cualquier acción que compruebe la os presentados. orme de las características del producto (Inciso "d"
 Que asumo la responsabilidad administrativa, civil falsedad, inexactitud o adulteración de los document Nota: Se adjunta requisito Justificación médica e info del Artículo 20º del Decreto Supremo Nº 016-2011- 2013-SA). 	y/o penal por cualquier acción que compruebe la os presentados. orme de las características del producto (Inciso "d"
 Que asumo la responsabilidad administrativa, civil falsedad, inexactitud o adulteración de los document Nota: Se adjunta requisito Justificación médica e info del Artículo 20° del Decreto Supremo N° 016-2011- 2013-SA). 	y/o penal por cualquier acción que compruebe la os presentados. orme de las características del producto (Inciso "d"
 Que asumo la responsabilidad administrativa, civil falsedad, inexactitud o adulteración de los document Nota: Se adjunta requisito Justificación médica e info del Artículo 20° del Decreto Supremo N° 016-2011- 2013-SA). 	y/o penal por cualquier acción que compruebe la os presentados. orme de las características del producto (Inciso "d"
 Que asumo la responsabilidad administrativa, civil falsedad, inexactitud o adulteración de los document Nota: Se adjunta requisito Justificación médica e info del Artículo 20° del Decreto Supremo N° 016-2011- 2013-SA). 	y/o penal por cualquier acción que compruebe la os presentados. orme de las características del producto (Inciso "d"
 Que asumo la responsabilidad administrativa, civil falsedad, inexactitud o adulteración de los document Nota: Se adjunta requisito Justificación médica e info del Artículo 20° del Decreto Supremo N° 016-2011- 2013-SA). 	y/o penal por cualquier acción que compruebe la os presentados. orme de las características del producto (Inciso "d"

www.digemid.minsa.gob.pe

Av. Parque de las Leyendas N° 240 Torre B (altura cdra. 24 de la Av. La Marina) Urb. Pando, San Miguel, Lima 32, Perú T (511) 631-4300

Anexo 2

Justificación Médica e Informe de las Características del Producto Farmacéutico

DNI N° Pasaporte N	Nombres y apellidos	e de de la Nordana y apellatica personata
Pasaporte N° Dirección Información General del Prescriptor (Art 26 de la Ley 26842) Nombres y apellidos del prescriptor Teléfono N° de matrícula de Colegio profesional I. Justificación Médica	lel paciente	DNI N°
Información General del Prescriptor (Art 26 de la Ley 26842) Nombres y apellidos del prescriptor Teléfono N° de matrícula de Colegio profesional I. Justificación Médica	Edad	Carnet de Extranjería N°
Información General del Prescriptor (Art 26 de la Ley 26842) Nombres y apellidos lel prescriptor Teléfono N° de matrícula de Colegio profesional Justificación Médica iagnóstico del paciente	t.	Pasaporte N°
Información General del Prescriptor (Art 26 de la Ley 26842) Iombres y apellidos el prescriptor Teléfono Iomo Colegio profesional Iomo Colegio p	Nino polón	The second Rose of the second Control of the
Información General del Prescriptor (Art 26 de la Ley 26842) Iombres y apellidos lel prescriptor Teléfono Iombres y apellidos lel prescriptor Iombres y apellidos lel prescriptor Teléfono Iombres y apellidos lel prescriptor Iombres y apellidos lel pr	and the second s	January 1985 and Santa S
Nombres y apellidos lel prescriptor Teléfono N° de matrícula de Colegio profesional Justificación Médica iagnóstico del paciente		al est and the first section of the contract of the section of the section of the section of the section of the
Nombres y apellidos lel prescriptor Teléfono N° de matrícula de Colegio profesional Justificación Médica iagnóstico del paciente		- (A (OO) 1 1 2 OO (O)
el prescriptor Teléfono N° de matrícula de Colegio profesional Justificación Médica iagnóstico del paciente	Información General del	Prescriptor (Art 26 de la Ley 26842)
el prescriptor Teléfono N° de matrícula de Colegio profesional Justificación Médica iagnóstico del paciente	lombres v apellidos	43 14 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15
l° de matrícula de Colegio profesional . Justificación Médica iagnóstico del paciente		
l° de matrícula de Colegio profesional . Justificación Médica iagnóstico del paciente	olófono	
. Justificación Médica iagnóstico del paciente	elelono	
. Justificación Médica iagnóstico del paciente	lº do matrícula de	
iagnóstico del paciente		1
iagnóstico del paciente		
iagnóstico del paciente		
	Colegio profesional	e in the control of the section of the control of t
	Colegio profesional	
esumen de la Historia Clínica del paciente	Colegio profesional . Justificación Médica	in the second of
esumen de la Historia Clínica del paciente	Colegio profesional . Justificación Médica	de la companya de la
	Colegio profesional . Justificación Médica iagnóstico del paciente	
	Colegio profesional . Justificación Médica iagnóstico del paciente	
	Colegio profesional . Justificación Médica iagnóstico del paciente	
	Colegio profesional . Justificación Médica iagnóstico del paciente	
	Colegio profesional . Justificación Médica iagnóstico del paciente	
	Colegio profesional . Justificación Médica iagnóstico del paciente	
	Colegio profesional . Justificación Médica iagnóstico del paciente	
	Colegio profesional . Justificación Médica iagnóstico del paciente	
	Colegio profesional . Justificación Médica iagnóstico del paciente	
	Colegio profesional . Justificación Médica iagnóstico del paciente	
	Colegio profesional I. Justificación Médica Diagnóstico del paciente	

ricenter overeitete. Germani de					natural Armi	
Face New Jan 1992		16.	e pelantiface ergenn			
an solve	inner	e		E-02 0	Carron	
N/ Company of the second	al Duadoute F					
IV. Características d	ei Producto F	armaceutic	0	usestenst	245.838. 2959 k (2523	10000000000000000000000000000000000000
Nombre del producto	Property of the same			and the substitute	a sanje sebesi i kan	121-122
farmacéutico (DCI/ Nombre de marca		Forma		Vía de	Duración del Tto.	Cantidad Total
opcionalmente)	Concentrac.	Farmac.	Dosis	admin.	uei ito.	Prescrita
w sansylva van esaku.			1		e	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Stakes/Stanton Venca.	-		in a sky that S. V.K.	107:12:0 km (H-H)		
		A D L L MATERIAL AND	****************			
,						

¿Cómo debe ser llenada la receta?

Nombre y Nº de Colegiatura del profesional

Sello, firma y colegiatura del Profesional

MODELO DE RECETA CON INFORMACIÓN MINIMA PARA SOLICITAR AUTORIZACION EXCEPCIONAL DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS PARA PREVENCIÓN O TRATAMIENTO INDIVIDUAL. Nombre y dirección del Establecimiento de Salud Centro de Salud Bienestar S.A. Nombre, apellido y edad del Av. Ica Nº 3251 - San Martin de Porres paciente 3 Nombres y Apellidos del paciente Rosa Maria López García Edad: 20 años **DIAGNOSTICO:** Nombre del Producto Forma con su denominación Concentración Dosis (unidades Cantidad Duración del común Internacional (DCI) Farmacéutica por toma y día) Tratamiento 1. Amoxidigem 500 mg Tableta 15 tabletas 1 tableta cada 8 horas 5 dias (Amoxiclina) (3 tabletas al día) c/ desayuno 2. Diabedigem 850mg **Tableta** 02 cajas 1 tableta c/almuerzo Oral 1 mes (Metformina) Caja x 50 tab. c/cena (3 tab al dia) 4. Vitamina D 400UI Cápsula Blanda 01 frasco x 90 cap. 1 cap. al día Oral 3 meses

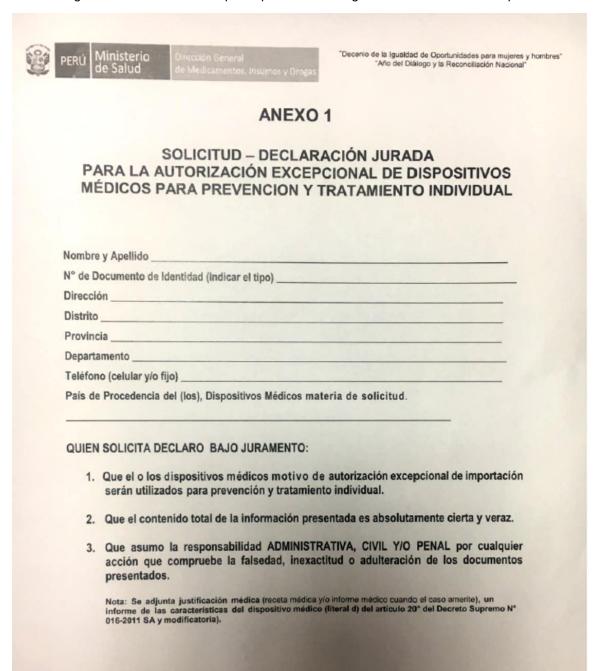
Lugar, fecha de expedición de la receta

Lima, 23 de Enero del 2014

^{*} Para Productos Naturales y Dietéticos colocar nombre del producto, marca y Fabricante.

2) DISPOSITIVOS MÉDICOS: Todo dispositivo tiene que ser usado por el mismo cliente.

Para gestionar el trámite se requiere presentar los siguientes documentos + copia de DNI:



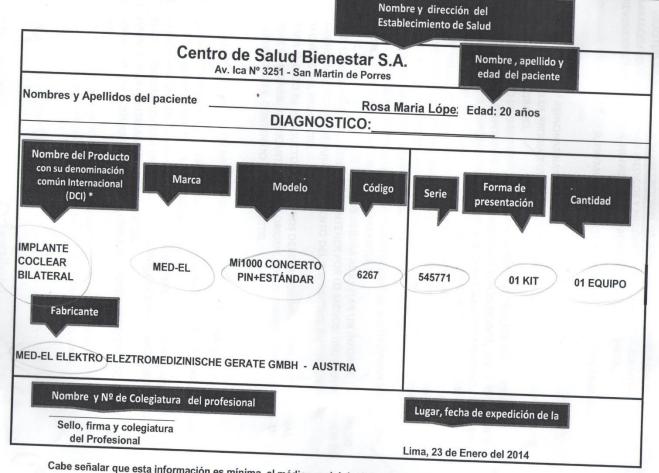
del 20.....

__de__

Lima

Firma del declarante

MODELO DE RECETA CON INFORMACIÓN MINIMA PARA SOLICITAR AUTORIZACION EXCEPCIONAL DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS PARA PREVENCIÓN O TRATAMIENTO INDIVIDUAL.



Cabe señalar que esta información es mínima, el médico podrá incluir información adicional que crea conveniente.

3) PRODUCTOS SANITARIOS:

Para gestionar el trámite se requiere presentar los siguientes documentos + copia de DNI:



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres" "Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

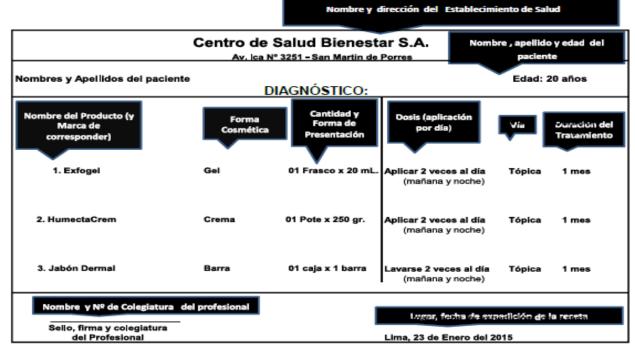
ANEXO 1

SOLICITUD - DECLARACIÓN JURADA PARA LA AUTORIZACIÓN EXCEPCIONAL DE IMPORTACIÓN Y USO DE PRODUCTOS SANITARIOS.

Nombre	e y Apellido						
N° de [Oocumento	de Identidad (Ind	licar el tipo)				
Direcci	ón						
Distrito							
Provinc	ia						
Depart	amento						
Teléfor	io (celular y	/o fijo)					
País de	Proceden	cia del (los), Pro	ductos Sani	tarios de la Impo	rtación		
QUIEN	SOLICITA	A DECLARO E	BAJO JUR	AMENTO:			
1.						licito autorización excepcio miento individual.	nal
2.	Que el c	ontenido total	de la infor	mación presen	tada es a	absolutamente cierta y veraz	<u>.</u> .
3.		que compruet				/IL Y/O PENAL por cualqu ulteración de los documen	
	Nota: Se característ modificato	ticas del product	ción médica to sanitario	(RECETA MÉDIC <i>i</i> (literal d) del artíc	A Y/O INFO ulo 20° de	DRME MÉDICO) y un informe de I Decreto Supremo Nº 016-2011 S	las A y
	Lima	de		del 20			
					-	Firma del declarante	_

¿Cómo debe ser llenada la receta?

MODELO DE RECETA CON INFORMACIÓN MINIMA PARA SOLICITAR AUTORIZACION EXCEPCIONAL DE PRODUCTOS SANITARIOS PARA PREVENCIÓN O TRATAMIENTO INDIVIDUAL.



Nota: La receta debe consignar el Diagnóstico que sustente el tratamiento Individual.

Cabe señalar que esta información es mínima, el médico podrá incluir información adicional que crea conveniente.

Para el caso de menores de edad:

La receta debe estar a nombre del menor y el Anexo 01 debe ser llenado con los datos del padre

La receta debe indicar lo siguiente:

Nombre completo, Edad Diagnóstico Nombre del producto Cantidad Indicaciones (como lo usará y por cuanto tiempo)