



CAF
FARM+

NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS Afiliados al CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno")

DESCUENTOS A CARGO DE CEMIC	
40% (Cuarenta por ciento):	
Medicamentos de venta bajo receta - Manual Farmacéutico	
Grupo 1: BASE 400= Planes 409, 410, 450, 459, 1410, 1413 - 8410	
Grupo 2: BASE 500= Planes 509, 510, 550, 559, 1510, 1513	
Grupo 3: BASE 600= Planes 609, 610, 650, 652, 654, 659, 1610, 1613	
Grupo 4: BASE 700= Planes 705, 709, 710, 719, 750, 751, 755, 759, 760, 1710, 1713	
Grupo 5: BASE 200= Planes 209, 210, 250, 259, 1210, 1213, 8210	
PLANES CON DESCUENTOS APLICABLES, EN ZONAS LIMITADAS:	
Grupo 6: BASE 300= Planes 305, 310 (SOLO en Ciudad de Buenos Aires)	
1300 - 8300 (SOLO en Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires hasta Km.50)	
Grupo 7: BASE 5000= Planes 5050 (SOLO en Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires hasta km 50)	
Grupo 8: BASE 6000= Planes 6010-6020-6030-6040-6050-6060-6070 (SOLO FARMACITY en C.A.B.A.)	
Grupo 9: BASE 9000= Planes 9004, 9005, 9006, 9020, 9030 ,9040, 9054 (SOLO FARMACITY en C.A.B.A.)	
Cualquier otro descuento deberán adjuntar AUTORIZACIÓN DE LOS MEDICOS AUDITORES.	
DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD - RECETA Con membrente	
CREDENCIALES VIGENTES en: Plástico o Digital o credenciales provisoria con VENCIMIENTO	
RECETARIO	
TIPO:	Oficial / Convencional Recetas con datos preimpresos solo extendidas por el CEMIC Recetas con etiquetas con los datos del afiliado solo post alta Receta electrónica o digital de curso legal con QR, cod.de barras y firma manuscrita, electrónica o digital (Artículo 1 de la ley Ley 27553)
VALIDEZ:	30 (treinta) días contados desde la fecha de prescripción.
Deben figurar los siguientes datos de puño y letra del profesional y con la misma tinta:	
<ul style="list-style-type: none"> ☼ Nombre de la Entidad ☼ Apellido y Nombre del Beneficiario ☼ Número de Beneficiario (En caso de no corresponderse con la credencial la farmacia deberá aclararlo al dorso de la receta, avalando la corrección con la firma del beneficiario). ☼ Medicamentos recetados y cantidad de c/u en números y letra. ☼ Firma y sello con número de matrícula del profesional .. (Si el sello es ilegible el médico deberá aclarar sus datos en forma manuscrita, por el contrario la receta será debitada) En recetarios membretados con datos preimpresos del profesional (que incluyan especialidad y matrícula) no se requiere sello. ☼ Fecha de Prescripción ☼ Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma. 	

LÍMITES DE CANTIDADES

CANTIDAD DE RENGLONES:	3 (Tres)
POR RECETA:	Hasta 5 (Cinco) envases
POR RENGLÓN:	Hasta 3 (Tres) envases
ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS:	Hasta 12 (Doce) por receta

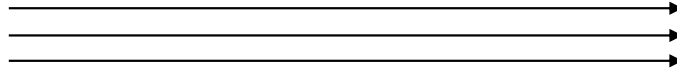
LÍMITES DE TAMAÑOS**El prescripto por el médico.**

En los casos en que se prescriba más de una unidad por especialidad el profesional deberá indicar la leyenda "**Tratamiento Prolongado**". En los recetarios de CEMIC bastará con que esté tildado el casillero correspondiente.

De no disponer la farmacia del tamaño indicado en la receta, podrá entregar un tamaño menor aclarando en la receta el contenido real del producto vendido.

OTRAS ESPECIFICACIONES**Cuando el Médico:**

No indica Contenido
Si indica Tamaño "Grande"
Equivoca Cantidad o Contenido

**Deberá Entregarse:**

El de Menor Contenido
La presentación siguiente a la menor
El tamaño inmediato inferior

PSICOFARMACOS

El profesional debe confeccionar además un segundo recetario de acuerdo a las normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia.

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.

IMPORTE PARA REQUERIR AUTORIZACION

Se deberá solicitar autorización si el valor supera

\$ 300.000 (TRESCIENTOS MIL) POR MEDICAMENTO.-----

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

☼ Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

De acuerdo al orden de prescripción.

Incluyendo el código de barras.

Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido que dificultan la lectura del código de barras).

Medicamentos trazables sin troquel, se deberá identificar "ST" 2-12-19

☼ Número de orden de la receta.

☼ Fecha de Venta.

☼ Precios unitarios y totales (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).

☼ Consignar los importes: Total, A CARGO de CEMIC, A CARGO Afiliado.

☼ Adjuntar ticket de venta

IMPORTANTE: Toda receta no presentada en el mes correspondiente podrá ser presentada **hasta el mes siguiente**. Pasado dicho plazo serán rechazadas.

GRUPOS TERAPÉUTICOS EXCLUIDOS DE LA COBERTURA

Los grupos o medicamentos indicados con la leyenda "AUDITORÍA MÉDICA" no podrán ser expendidos en la FARMACIA, dándole aviso al beneficiario que debe enviar la receta para la determinación de la cobertura a la oficina de AUTORIZACIONES, al mail:

auditoriamedica@cemic.edu.ar

Anticonceptivos orales cobertura 40% con receta

Parches y chicles para dejar de fumar

Productos de Venta Libre

Productos Dietéticos y Alimenticios

Tratamientos de Esterilidad

Material Descartable

Accesorios, Material de Curación

Elementos de Cirugía, Aceites y Linimentos

Fórmulas Magistrales

Gammaglobulinas Anti D (Auditoría Médica)

SAXENDA (droga: Liraglutida)

PRINCIPIOS ACTIVOS NO CUBIERTOS:

Flores de Bach

Herboristería

Productos Cosmetológicos

Productos Oncológicos (Auditoría Médica)

Tratamientos para HIV (Auditoría Médica)

Anestésicos de Uso Local

Estimulantes de crecimiento de faneras

Productos de uso exclusivo en Internación

Productos para la Impotencia

Insulinas (Auditoría Médica)

Suplementos dietarios (se aplicara=Cob.Albicar(L-carnitina)(A.Médica)

SAXENDA (droga: Liraglutida

Alprostadil

Clomifeno (Auditoría Médica)

Finasteride en cc de 1 mg (solo se cubre al 40% el de 5mg.)

FSH (Auditoría Médica)

FSH + LH (Auditoría Médica)

Ginseng + Vit. + Minerales

Gonadotrofina Coriónica Humana (Auditoría Médica)**Interferón (Auditoría Médica)****Interferón + Rivavirina (Auditoría Médica)****NALTREVA (bupropion+naltrezone (25-11-19)****Leuprolide (Auditoría Médica)**

Minoxidil, Minoxidil Loción , Minoxidil + Finasteride

Orlistat

Sibutramina

Sildenafil

Sulbutiamina

Tamoxifeno (Auditoría Médica)

Vit A + Cl de Bencetonio, alantoína + Vit. E (en todas sus presentaciones. ej.Dermaglos)

Vit. B + Ca + C + Mg

Vit. C + D3 + B6 + Fluor

Todo producto de VENTA LIBRE está excluido de la cobertura.

Todos los medicamentos de VENTA BAJO RECETA (MANUAL FARMACÉUTICO) tienen el 40% de cobertura, con exclusión de aquellos medicamentos de ALTO COSTO (ej. Oncológicos, HIV, Hepatitis C, etc)

Clexane o similar se saca de medicamentos excluidos ya que tiene 40% de cobertura. Si requiere más, con autorización de Aud.Méd.

AUTORIZACIONES ESPECIALES vigentes a la fecha

Únicamente se podrán atender recetas que no cumplan con estas normas de atención si están previamente autorizadas por:

		Administrativos	
Tel.5299-1010	MÉDICOS	5299-1010	Sras. P. Ybañez - I.Fiaño (1)
5299-0100	Dr.Gustavo Baumeister (1)	5299-1010	Sr. P. Pereyra (1)
int. 1910	Dra. Claudia Gómez (1)	5299-1050	Sra. Mariana Castelli (2)
Tel.4393-1086	Dr. Victor Polo (1)	5299-1050	Sra. Viviana Baliari (2 y 3)
	Dra. Susana Lorente (1)	5299-1000	Sres. Lopez, Poli, Ahumada (3)
	Dr. Damían E. ZOPATTI (1)	5552-8220 y 23	Sras. Paranza y Carrasco (2 y 3)

(1) - Problema Médico, Superar precio (011) 5299-1010 - auditoriamedica@cemic.edu.ar

(2) - Falta de matrícula, Vto. de receta (011) 5299-1050 - consultasafiliados@cemic.edu.ar

(3) - Falta de Dato en PADRÓN (011) 5299-1000 - consultasafiliados@cemic.edu.ar

NOTA: El plan son los primeros 3 o 4 dígitos, luego corresponden a la fecha de nacimiento (AAMMDD), finalizando con un código interno. Rogamos solicitar el DOCUMENTO del AFILIADO para la venta del medicamento.

PRESENTACION DE RECETAS

Las recetas deberán presentarse del día 25 al 30 de cada mes.

Las mismas deberán presentarse en **planillas separadas por plan y por cobertura:** Ambulatorio 40% - PMI, Insulinas y tiras 100% - crónicos 70% - otras autorizaciones, recetas con dos descuentos. Toda cobertura mayor al 40% deberá estar autorizada específicamente para una Farmacia determinada por nuestra Auditoría Médica y comunicada fehacientemente.