

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		Modificado 1-5-23	
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 709, 710, 713, 750, 751, 753, 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 FARMACY en C.A.B.A.)			
Grupo 9: BASE 9000= Planes 9004, 9005, 9006, 9020, 9030, 9040, 9044, 9054 (SOLO FARMACY en C.A.B.A.)			
Cualquier otro descuento deberán adjuntar AUTORIZACIÓN DE LOS MEDICOS AUDITORES.			
DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO			
DOCUMENTO DE IDENTIDAD - RECETA Con membrete CREDENCIALES VIGENTES en: Plástico o Digital o credenciales provisoria con VENCIMIENTO			
RECETARIO			
TIPO:	Oficial / Convencional	Modificado 1-5-23	
VALIDEZ:	Recetas con datos preimpresos solo extendidas por el CEMIC Recetas con etiquetas con los datos del afiliado solo post alta 30 (treinta) días corridos desde la fecha de prescripción.		
Deben figurar los siguientes datos de tufo y letra del profesional y con la misma tinta:			
☐ 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, evaluando 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 recetas mermatadas 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 RENGLORES:	3 (Tres)		
POR RECETA:	Hasta 5 (Cinco) envases		
POR RENGLO:	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 recetas de CEMIC bastará con que esté titulado 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			
Quando 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 adquirirlas una vez que haya transcurrido dicho plazo.			
IMPORTE PARA REQUERIR AUTORIZACION			
Se deberá solicitar autorización si el valor suocera \$ 60.000 (SESENTA 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 atorchadora 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 Kairós), 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 "AUDITORIA MEDICA" 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@ccemic.edu.ar			
Anticonceptivos (Auditoria Médica) Parches y chicles para dejar de fumar Productos de Venta Libre Productos Dietéticos y Alimenticios Tratamientos de Estiedad Material Descartable Accesorios, Material de Curación Elementos de Cirugía, Aceites y Linimentos Fórmulas Magistrales Gamaglobulinas Anti D (Auditoria Médica) SAXENDA (droga: Uraglutida)	Flores de Bach Herboristería Productos Cosméticos Productos Oncológicos (Auditoria Médica) Tratamientos para HIV (Auditoria Médica) Anestésicos de Uso Local Estimulantes de crecimiento de faneras Productos de uso exclusivo en internación Productos para la Impotencia Insulinas (Auditoria Médica) Suplementos dietarios (se aplicara=Cob.Albica(L-carnitina)(A.Medic)	Modificado 1-5-23	
PRINCIPIOS ACTIVOS NO CUBIERTOS: SAXENDA (droga: Uraglutida) Abiraterol Clomifeno (Auditoria Médica) Finasteride en cc de 1 ml (solo se cubre al 40% el de 5mg.) FSH (Auditoria Médica) FSH + LH (Auditoria Médica) Girsenz + Vit. + Minerales Gonadotropina Coriónica Humana (Auditoria Médica) Interferón (Auditoria Médica) Interferón + Rivavirina (Auditoria Médica)	NALTREVA (bupropion+naltrexona (25-11-19) Leurolide (Auditoria Médica) Minoxidil, Minoxidil Loción, Minoxidil + Finasteride Orlistat Sibutramina Sildenafil Subutamina Tamoxifeno (Auditoria Médica) Vit A + Cl de Bencetonio, alantoina + Vit. E (en todas sus presentaciones, 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 (el. Oncológicos- HIV. Hepatitis C, etc)			
Clavear 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:			
Tel 5299-1010 5299-0100 Tel. 5210 Tel.4393-1086	MÉDICOS Dr.Gustavo Baumeister (1) Dra. Claudia Gómez (1) Dr. Victor Polo (1) Dra. Susana Lorente (1) Dr. Damian E. ZOPATTTI (1)		Administrativos 5299-1010 5299-1010 5299-1050 5299-1050 5299-1000 5299-1000
Sras. P. Ybañez - I.Fiaño (1) Sr. P. Pereyra (1) Sra. Mariana Costelli (2) Sra. Viviana Ballari (2 v 3) Sres. López, Poli, Ahumada (3) Sras. Parana y Carrasco (2 v 3)			
(1) - Problema Médico, Superar precio (011) 5299-1010 - auditoriamedica@ccemic.edu.ar (2) - Falta de matrícula, Vto. de receta (011) 5299-1050 - consultasafiliados@ccemic.edu.ar (3) - Falta de Dato en PADRÓN (011) 5299-1000 - consultasafiliados@ccemic.edu.ar			
NOTA: El plan son los primeros 3 o 4 dígitos, luego corresponden a la fecha de nacimiento (AAMMOD), finalizando con un código interno. Rogamos solicitar el DOCUMENTO del AFILIADO para la venta del medicamento.			
PRESENTACIÓN DE RECETAS			
Las mismas deberán presentarse en planillas separadas por plan y por cobertura: Ambulatorio 40% - PMI. Insulinas v 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 Auditoria Médica y comunicada fehacientemente.			

Buenos Aires: 13/06/23

Viviana Ballari
Jefe de Promoción y Servicios