



**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 Farmaceutico

Grupo 1: BASE 400= Planes 409, 410, 450, 459, 1410, 1413

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

Grupo 6: BASE 8000= 8210, 8410

**PLANES CON DESCUENTOS APLICABLES, EN ZONAS LIMITADAS:**

Grupo 7: BASE 300= 1300 (SOLO en Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires hasta km 50)

Grupo 8: BASE 5000= 5050 (SOLO en Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires hasta km 50)

Grupo 9: BASE 9000= 9004, 9005, 9006, 9020, 9030, 9040, 9054 (SOLO en Zona OESTE de Gran Bs.As.)

**CREDENCIALES VIGENTES EN CUADRO ADJUNTO**

**Cualquier otro descuento deberán adjuntar AUTORIZACIÓN DE LOS MEDICOS AUDITORES.**

Modificado 2-2018

**DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO**

Credencial, Documento de Identidad y Receta

**RECETARIO**

TIPO: Oficial / Convencional

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:

- ⊗ 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** 18/01/2018

Se deberá solicitar autorización si el valor supera **\$ 10.000 (diez mil) POR MEDICAMENTO.....**

Modificado 18-1-18

**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).
  - ☼ 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 acercarse para la determinación de la cobertura a la oficina de AUTORIZACIONES (Av. Las Heras 2900, días hábiles e 9 a 18 o por correo electrónico: [autoriza@cemic.edu.ar](mailto:autoriza@cemic.edu.ar))

**Anticonceptivos (Auditoría Médica)**

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)**

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)**PRINCIPIOS ACTIVOS NO CUBIERTOS:

Alprostadil

**Clomifeno (Auditoría Médica)****Clexane o similar (Auditoría Médica)**

Finasteride en cc de 1 mg

FSH (Auditoría Médica)

**FSH + LH (Auditoría Médica)**

Ginseng + Vit. + Minerales

**Gonadotropina Coriónica Humana (Auditoría Médica)****Interferón (Auditoría Médica)****Interferón + Rivavirina (Auditoría Médica)****Leuprolide (Auditoría Médica)**

Minoxidil, Minoxidil Loción, Minoxidil + Finasteride

Orlistat

Sibutramina

Sildenafil

Sulbutiamina

**Tamoxifeno (Auditoría Médica)**

Vit A + Cl de Bencetonio, alantoína + Vit. E (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)

**AUTORIZACIONES ESPECIALES vigentes a la fecha**

18/04/2018

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

Dr. Julio Hammoe (1)

Dr. Julio Lemos (1)

Dr. Gustavo Baumeister (1)

Dra. Patricia Calvo (1)

Dr. Victor Polo (1)

Dra. Susana Lorente (1)

Dra. Lucia Rey Ares (1)

**Dra. María Laura Martino - BAJA**

Dra. Ma. Eugenia Aparici (1)

Sra. Irma Saucedo - Jefe Administrativo Auditoría Médica (1)

Sra. Paola Ybañez - Encargada Adm. Auditoría Médica (1)

Lic. Alfredo Sfeir - Jefe de At. de Afiliados (2)

Lic. Roberto Rodríguez - Gerente de Planes (3)

Sra. Mariana Castelli - Gerencia Comercial (3)

Sra. Viviana Baliari - Encargada de Promoción (3)

Sra. Sabrina Carrasco - Adm. Planes 9000 (3)

Sra. Victoria Paranza - Adm. Planes 9000 (3)

TELÉFONOS: (1) - Problema Médico-Auditoría Médica-Superar precio (011) 5299-1010 Fax: 5299-1574

(2) - Falta de Dato en Padrón (011) 5299-1000 Fax. 5299-1005

(3) - Falta de matrícula, vto. de receta (011) 5299-1050 - Fax. 5299-1056

Modificado 18-4-18

**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.