



CENTRO MEDICO PUEYRREDON
MEDICINA PREPAGA

NORMAS OPERATIVAS DE ATENCIÓN

FARMACIAS

CABA / GBA / INTERIOR

2025

DESCUENTOS A CARGO DE CMP

40%	SEGUN VALIDADOR
70%	SEGUN VALIDADOR
100%	SEGUN VALIDADOR
PMI / PLAN DE EMBARAZADAS por validador	

LÍMITES DE CANTIDADES

Cantidad de renglones:	hasta 3 (tres)
Por receta:	hasta 5 (cinco) envases ¹ sin leyenda y hasta 2 con leyenda
Por renglón	"Tratamiento prolongado"
Antibióticos inyectables monodosis:	hasta 5 (cinco) por receta
Antibióticos inyectables multidosis:	hasta 2 (dos) por receta

El expendio de mayores cantidades requerirá autorización previa.

LÍMITES DE TRABAJO

Hasta 2 (dos) del tamaño grande por renglón con leyenda "tratamiento prolongado" y un máximo de 5 (cinco) por receta
En caso de existir una única presentación se considerará como de tamaño menor.

OTRAS ESPECIFICACIONES DE TAMAÑOS Y CANTIDAD

Si en la receta se omitiera o errase la concentración de droga y/o forma farmacéutica y no fuera única presentación, **no se dispensará**.

Quando el médico:		
No indica tamaño	Deberá entregarse:	El primer tamaño
Si indica cantidad comprimidos, etc.	Deberá entregarse:	Lo indicado por el médico
Si indica tamaño "Grande"	Deberá entregarse:	El siguiente al primer tamaño
Equivoca contenido	Deberá entregarse:	El tamaño inmediato inferior
No indica cantidad de envases	Deberá entregarse:	Un envase

PSICOFÁRMACOS

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. No tienen validez las recetas fotocopiadas.

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.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA (la ausencia de alguno de estos items es motivo de débito).

- Adjuntar troqueles
- Sello y firma de la farmacia
- Firma del afiliado o tercero, aclarando nombre completo, domicilio, teléfono y dni
- Adjuntar ticket fiscal

FACTURACIÓN Y COBRO

Facturación:

Las Farmacias facturarán a C.M.Pueyrredón siguiendo las normas del ítem anterior.

Sólo será válida la facturación ingresada a través de la plataforma Preserfar, <http://www.misvalidaciones.com.ar>, validadas las prescripciones a través de dicho sistema. El cierre debe realizarse finalizado el mes así contempla todas las recetas validadas de dicho periodo.

El cierre en mis validaciones es por período (mes/año), excluir todas las recetas validadas con fecha posterior al período de cierre, no deben ingresar en dicho lote, ya que no se abonarán. No se aceptarán por modos manuales ni a través de otros programas.

Para informar cualquier diferencia en la liquidación y/o para evacuar cualquier tipo de consulta enviar correo a prestadoresfarmacias@cm-pueyrredon.com.ar.

Cobros:

Recibirán como parte del cobro una nota de crédito expedida por Preserfar S.A. proporcional al 10% de los productos que integran el Vademécum Premium de Preserfar S.A. para ser descargada en la droguería en que se abastezca.

Deberán consignar por primera vez el nombre de la droguería a la que se le consignará la nota de crédito. Cualquier cambio de droguería deberá comunicarse con un plazo de 30 (treinta) días.

MODELO DE CREDENCIAL



AUTORIZACIONES

La receta debe validarse a través de Preserfar S.A. Las únicas recetas que se aceptarán autorizadas de manera manual (x CMP) son las prescripciones de morfina.

EXCLUSIONES

Los descuentos indicados en este instructivo se aplican sólo sobre las especialidades medicinales incluidas en el Manual Farmacéutico que no estén en las exclusiones totales de la cobertura o que sean de provisión directa por CMP.

EXCLUSIONES

ACLASTA Y EQUIVALENTES
AGONISTAS LHRH
ALIMENTACIÓN DE TODO TIPO
AMINOÁCIDOS
ANABOLICOS Y TETOSTERONA
ANESTÉSICOS LOCALES Y GENERALES
ANOREXIGENOS
ANOVULATORIOS Y ANTICONCEPTIVOS SOLO CON AUTORIZACIÓN PREVIA
ANTIACNEICOS NO ANTIBIÓTICOS
ANTIARTROSICOS Ext. VEGETALES, EJ DERRUMAL O EQUIVALENTES
ANTIHEMOFÍLICOS
ANTIOXIDANTES ANTISÉPTICOS DE USO EXTERNO Y DESINFECTANTES
CHAMPÚES DE TODO TIPO
CINTAS REACTIVAS PARA TEST DE EMBARAZO
COADYUVANTES DE QUIMIOTERAPIA
COLUTORIOS
COPOLIMERO 1
DAPSONA (TRATAMIENTO DE LA LEPRO)

CUALQUIER EXCEPCIÓN REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA

LECHES DE TODO TIPO
LEUPOLIDE ACETATO
COSMETOLOGICOS, COSMIATRICOS Y DE PERFUMERÍA
BUPROPION (WELLBUTRIN/ ODRANAL)
ESTREPTOQUINASA-UROQUINASA (PARENTERALES)
EUTOCOL
ESCLEROSANTES
HIDRATANTES DERMICOS y UBRICANTES (DERMAGLOS O HIPOGLOS, ALOES O SIMILARES)
INTERVINIENTES EN O P/ TEST DE DIAGNOSTICO Y/O TERAPÉUTICO
(MIDRIATICOS, CONTRASTE, REACTIVOS, EVACUANTES, OTROS)
MATERIAL DESCARTABLE DE TODO TIPO
NICOTINA O INTERVINIENTES EN CESACION TABAQUICA TODOS (EJ. ODRANAL)
ODONTOLÓGICOS
ONCOLÓGICOS , ANTIANDROGÉNICOS, TAMOXIFENO
PARTO GAMMA T
PRODUCTOS DE INTERNACION O PARA USO HOSPITALARIO
ESCLEROSANTES

EXCLUSIONES

DIETÉTICOS
DROGAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS
EDULCORANTES
ERITROPOYETINAS
ESPECÍFICOS DE LUCHA CONTRA EL SIDA
ESPESANTES
ESTUPEFACIENTES TIPO 1 con RECETA OFICIAL Y OPIACEOS
ETANERCEPT
EVACUANTES INTESTINALES
FINASTERIDE PRESENTACIÓN al 1% ó 1MG
FLORES DE BACH oFITOTERAPIAS
FÓRMULAS LÁCTEAS
FÓRMULAS PREPARADAS ALOPÁTICAS
GINSENG
INHIBIDORES DE LA COLINESTERASA PLASMÁTICA
INHIBIDORES O ESTIMULANTES DE LA FERTILIDAD
INMUNOGLOBULINAS EXCEPTO ANTITETÁNICA

CUALQUIER EXCEPCIÓN REQUIERE AUTORIZACIÓN PREVIA

RECETAS MAGISTRALES ALOPÁTICAS-HOMEOPÁTICAS
REVITALIZANTES-ENERGIZANTES-RECONSTITUYENTES
SALES HIDRATANTES
SOLUCIONES PARENTERALES
SOLVENTES INDOLOROS
SUPLEMENTOS O COMPLEMENTOS DIETARIOS
SURFACTANTES EXTERNOS
SUST Q NO SEAN MEDICAMENTOS (LUBRICANTES OCULARES, AC
HIALURONICO,
MEDIOS NEBULIZACIONES,SOL FISIOLOGICAS,CLORURO DE SODIO,
HUMIDIFICANTES)
SOLUCIONES PARA INFILTRACIÓN (AC. HIALURÓNICO)
SUSTITUTOS DE LA SAL
TRATAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN SEXUAL (Ej.: Sildenafil, Yohimbina,
tetosterona, etc.)
TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD
TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD
TRATAMIENTO DEL ALZHEIMER
VACUNAS Y LISADOS BACTERIANOS ETC. (EXCEPTO ANTITETÁNICAS)
VENTA LIBRE O SIN TROQUEL
VIT. A EN CREMA, ÁCIDOS RETINOICOS.
VIT. E

Entiéndase como sustancia no medicamentosa o sustancia para tratamiento a aquella destinada a tratar cierta afección sin curarla

ESTAN CUBIERTOS

FINASTERIDE DE 5MG
ANTIPROSTATICOS
GLUCASAMINAS SULFATO

VACUNAS

Deben validarse por sistema de mis validaciones de Preserfar únicamente, el sistema indicará si este tiene cobertura y el descuento correspondiente.

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR EL AFILIADO

- Credencial plástica o digital
- Receta física original (No se aceptan más Emergencia COVID-19)
- Receta electrónica que cumplan la norma vigente según Ley 27553

 0156000843030	 DI 67909 10	 0156000843030	 DI 67909 10
 Augusto Eduardo Koren MEDICO Matrícula Nac.:164464		 Augusto Eduardo Koren MEDICO Matrícula Nac.:164464	
Paciente: ISABEL VIQUEIRA CENTRO MÉDICO PUEYRREDÓN PLAN: SR - BETA I N° Credencial: DI 67909 10		Paciente: ISABEL VIQUEIRA CENTRO MÉDICO PUEYRREDÓN PLAN: SR - BETA I N° Credencial: DI 67909 10	
Rp: CLEXANE - enoxaparina sódica - 40 mg jga.prell.x 10 Cantidad: 3 (tres) Diagnóstico: ANTICOAGULACION <i>Esta receta cumple la normativa de prescripción y requisitos de receta electrónica. - Tratamiento Prolongado</i>		Indicaciones: 30/01/2023	
30/01/2025 Medico Augusto Eduardo Koren Felipe Vallese 2550 (1406) - Caba Tel 4637-3281 www.inhouseweb.com.ar		Medico Augusto Eduardo Koren Felipe Vallese 2550 (1406) - Caba Tel 4637-3281 www.inhouseweb.com.ar	


CENTRO MEDICO PUEYRREDON
MEDICINA PREPAGA

Hidroclorotiazida
Diurex 12.5mg Comp. x 30
I = II (DOS)

Bromhexina + Eritromicina
Eritrobron 500mg comp. x 12
I = I (UNO)

Alprazolam
Alplax 0.25mg Comp. x 60
I = I (UNO)

Tratamiento Prolongado
Dx.
Receta Valida Hasta **28/03/2023**
Nro. Receta **79529**


79529

Validación Digital:


Dr. IVANI NESTOR FERNANDO-
MN 75956 - MP 54161

Plan: **OM6**
Socio Nro: **50500-10**
Nombre: **FROVI05062020**
Fecha: **26/02/2025**

Av. Pueyrredón 1341. CABA. Tel.:4116-6000


CENTRO MEDICO PUEYRREDON
MEDICINA PREPAGA

DUPLICADO

Bromhexina + Eritromicina
Eritrobron 500mg comp. x 12
I = I (UNO)

Alprazolam
Alplax 0.25mg Comp. x 60
I = I (UNO)

Tratamiento Prolongado
Dx.
Receta Valida Hasta **28/03/2023**
Nro. Receta **79529**


79529

Validación Digital:


Dr. IVANI NESTOR FERNANDO-
MN 75956 - MP 54161

Plan: **OM6**
Nro. Documento: **20250297**
Nombre: **FROVI05062020**
Fecha: **26/02/2025**

Av. Pueyrredón 1341. CABA. Tel.:4116-6000