

ANEXO INFORMACIÓN N° 37./2017 – S.U

SEPTIEMBRE 2017



OBRA SOCIAL:

CEMURPO

Nombre Completo: Centro Mutualista de Suboficiales y Agentes Retirados de la Policía de la Provincia de Buenos Aires.-

N° de CUIT: 30-65222791-7 - Cód. del O.S.: 00888

Dirección: Calle 57 N° 379 - La Plata

PLANES: OS: Afiliado:

Como Coseguro de IOMA **40% (1)**

TIPO DE RECETARIO:

OFICIAL. SI **(2)** OTROS: NO

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 DIAS ENTRE FECHA DE PRESCRIPCIÓN Y FECHA DE DISPENSA.

TROQUELADO: NO. ya que deberá adjuntarse el comprobante de validación No siendo necesario adjuntar la fotocopia de la receta de IOMA

FECHA DE DISPENSA: SI

ACLARACIÓN FIRMA MÉDICO Y N° DE MATRICULA:

Con sello: SI Manuscrito: NO

ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:

Letras: SI Números: SI

DEL RESUMEN

Planilla ON-LINE

Cantidad : una

Presentación: Quincenal

VALIDACION OBLIGATORIA

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el Médico: SI

Por el Farmacéutico: SI

Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI

COBERTURA DEL SERVICIO: Para toda la Provincia de Buenos Aires.

PRODUCTOS POR RECETA: HASTA DOS PRINCIPIOS ACTIVOS DISTINTOS-.

UNIDADES DE TAMAÑO Y CANTIDAD POR RENGLÓN Y POR RECETA:

Lo prescripto en la receta de IOMA

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:

Reconoce únicamente los medicamentos incluidos en el F.T. de IOMA,

EXCLUSIONES:

SEGÚN CLASIFICACION MANUAL FARMACEUTICO

Uso Normatizado

POR DROGA:

interferón alfa 2 A

interferón alfa 2 B

interferón beta

interferón gamma

sildenafil

insulina humana

interferón beta 1 A

interferón beta 1 A sin albumina

POR FORMA FARMACEUTICA

Tiras reactivas

Solución de uso externo/Loción

Leches maternizadas

POR ACCION FARMACOLOGICA

Inmunosupresor

Producto alimenticio

Anorexígeno

Anticonceptivo

Antineoplásico

Citostático

Edulcorante

Inmunoestimulante

Pantalla solar

Vacuna contra hepatitis B

Coadyuvante en oncología

Vacuna contra hepatitis A

Filtro solar

Anovulatorio

Adelgazante

Vacuna contra hepatitis A y B

Alimento infantil

Antiviral contra HIV

Solvente indoloro

Análogo hormona de crecimiento

Estimulador de la eritropoyesis

vac.antimeningocóccica ACYW-135

Vac.antimeningococcica conjugada

Alimentos propós.médico específ.

POR TIPO DE VENTA

Venta libre

OBSERVACIONES:

1-COBERTURA COMO COSEGURO DE IOMA: IOMA cubrirá el monto fijo estipulado en su Formulario terapéutico, CEMURPO CUBRIRA EL 40% DEL TOTAL QUE ABONE EL SOCIO. NO actúa como Coseguro de ninguna otra Obra Social

2- Recetarios Oficial: Se utiliza el recetario oficial de CEMURPO. La entrega de los mismos se se limitara a dos (2) por mes, 24 al año sin excepción

3-NO se deberá adjuntar la fotocopia de la receta de IOMA, debiendo adjuntarse el comprobante de validación.

Este convenio es válido para los afiliados activos, adherentes y participantes, los que gozarán del beneficio únicamente si presentan sus respectivas credenciales de socios con nombre propio. Los afiliados adherentes (esposa) y participantes (hijos de hasta 21 años) NO podrán recibir el servicio de CEMURPO si presentan la credencial a nombre del socio titular.

CREDENCIALES DE CEMURPO

