



Obra Social

ENERO 2017

AMFFA ADHERENTES

Nombre Completo: Mutual Farmacéutica de la República Argentina
N° CUIT: 30-57101480-3 Cód. de O.S.: 00982
Dirección: Diag. 75 N° 350 - La Plata

DESCUENTO

OS

Afiliado

Como Entidad Primaria	60%-50%-70%	-40%-50%	30%
Plan Materno Infantil (1)	100%	---	
Patologías Crónicas (5)	70%	30%	
Insulinas y tiras reactivas (6)	100%		
Anticonceptivos: (7)	100%		

TIPO DE RECETARIO:

Oficial: NO

PMI: Pre impreso (Color Rojo)

Otros: SI (9)

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 Días de la prescripción.

TROQUELADO: SI. Completo (con N° y Código de barra) (2)

FECHAS DE PRESCRIPCIÓN Y EXPENDIO:
SI

ACLARACIÓN FIRMA MÉDICO Y N° DE MATRÍCULA:

Sello: SI

Manuscrito: NO

ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:

Letras: SI

Números: SI

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el Médico: SI

Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI

DEL RESUMEN:

Planilla: Carátula On Line

Cantidad: Una

Presentación: Semanal. Todos los planes juntos. (Límite para la presentación de las recetas: 60 días desde la fecha de expendio). Validación obligatoria (Excepto carátulas sin validar (liquidación manual) autorizadas por AMFFA

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

DE LA PRESCRIPCIÓN:

Cantidad Máxima de:

PRODUCTOS POR RECETA: 2 (dos) (3)

UNIDADES POR RENGLÓN: 1 (uno)

TAMAÑOS POR RECETA: 1(un) **grande o mediano** por receta, si se encuentra prescripto como tal (4)

Antibióticos Inyectables: Envase Individual: 5 (cinco)

Envase de 2 ampollas: hasta 2 (dos)

Envase de 3 ó más ampollas: 1 (uno)

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:

Se reconocerán los Medicamentos de venta bajo receta y con troquel (prescriptos por genérico) incluidos en "Manual Farmacéutico" o "Agenda Kairos"

EXCLUSIONES:

Accesorios
Adelgazantes
Antitabáquicos
Hormonas de crecimiento
Inductores de ovulación y/o espermatogénesis
Inmunosupresores
Leches Enteras
Productos Alimenticios y Dietéticos
Productos de internación

OTRAS EXCLUSIONES:

Productos que contengan las siguientes drogas:

CENTELLA ASIÁTICA en todas sus formas.

ONDANSETRON (ej. Zofran)

SILDENAFIL

TADALAFILO

TOXINA BOTULÍNICA TIPO A (ej. Botox)

TRIAAC (Ej. Triacana)

RECONOCIMIENTO BAJO NORMAS ESPECIALES:

(6) Insulinas: 100% con autorización previa
Tiras reactivas para diabéticos: 100%

(7) Anovulatorios/Anticonceptivos: 100% de acuerdo con el requerimiento mensual, sin autorización de Amffa.

(8) ENOXAPARINA (Heparina de bajo peso molecular) (Clexane)

(10) ORLISTAT (Ej. Xenical)

En P.M.I.:

Reconocimiento según Vademécum específico para este Plan. Cantidades y tamaño a dispensar según norma general. Recetario Oficial (color rojo).

Leche Maternizada: sólo en PMI en recetario preimpreso: 2 Kg. por receta hasta los 6 meses de vida con autorización previa de AMFFA.

Leches medicamentosas: sólo en recetario preimpreso PMI con autorización previa de AMFFA

NO SE ADMITE PRESCRIPCIÓN DE LECHE EN RECETARIOS COMUNES

Vacunas inyectables:

Se reconocen al 100% las incluidas en el calendario de vacunación nacional y con cobertura habitual según el Plan: 40%, 50% o 70% las reconocidas por SIFAR marcadas con el punto en el Manual Farmacéutico tanto para PMI (recetario rojo) como para recetario oficial (color verde), sin autorización previa.

Dorso de:
AMFFA ADHERENTES

OBSERVACIONES:

- (1) **PMI:** SIN AUTORIZACION PREVIA DE AMFFA.
- (2) No se reconocerán productos que no tengan troquel (N° y Código de barra)
- (3) No se reconocerán dos medicamentos en una misma receta con la misma droga, aunque sean de distinta concentración o forma farmacéutica, excepto las combinaciones con **INYECTABLE / COMPRIMIDOS; INYECTABLE/JARABE; INYECTABLE/SUPOSITARIOS; COMPRIMIDO/JARABE;** etc.
- (4) **Tamaño grande** únicamente cuando el médico indique en números la cantidad de unidades, caso contrario se entregará el segundo tamaño.
- (5) **MEDICAMENTOS CRÓNICOS:** en concordancia con el padrón mensual enviado por AMFFA.
- (6) **INSULINAS:** 100% con autorización previa para diabéticos tipo I (uno).
TIRAS REACTIVAS:100% con autorización previa hasta 75 tiras al mes.
- (7) **ANTICONCEPTIVOS/ANOVULATORIOS:** 100%, envases según requerimiento mensual sin autorización previa.
- (8) **ENOXAPARINA** (Heparina de bajo peso molecular) (Clexane): el asociado deberá enviar resumen de historia clínica para su autorización, porcentaje de cobertura: según lo autorizado.
- (9) Son válidos: recetario particular del médico, Federaciones Médicas, Agremiaciones Médicas, Círculos Médicos y Hospitales públicos y privados.
- (10) **ORLISTAT** (Ej. Xenical) el asociado deberá enviar resumen de historia clínica para su autorización.

AUTORIZACIONES: a los teléfonos 0221-4535126 o 0800-666-26332 o por mail (receta scaneada) a autozaciones@amffamutual.com.ar

NOTA: EN LOS RECETARIOS DEBE CONSTAR LA FIRMA, DNI, Y DOMICILIO DEL PACIENTE O TERCERO QUE ADQUIERA LA MEDICACIÓN