



# 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	40%-50%-70%	60%-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(uno) **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" respectivamente, con las siguientes inclusiones y exclusiones, según clasificación SIFAR:**

**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)  
**ORLISTAT** (Ej. Xenical)  
**SILDENAFIL**  
**TADALAFILO**  
**TOXINA BOTULÍNICA TIPO A** (ej. Botox)  
**TRIAC** (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)**

**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 pre-impreso: 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.

**Observaciones:**

Ver al dorso.

## Dorso de: AMFFA ADHERENTES

### **OBSERVACIONES:**

- (1) **PMI:** SIN AUTORIZACION PREVIA DE AMFFA.
- (2) No se reconocerán productos que no tengan troquel (Nº 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/SUPOSITORIOS; 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.**

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

### **NOTA:**

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