



AMFFA CAFAR

Nombre Completo: Mutual Farmacéutica de la República Argentina
 N° CUIT: 30-57101480-3 - Cód. de O.S.: 00973
 Dirección: Diag. 75 N° 350 - La Plata.-

<p>DESCUENTO</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OS</th> <th>Afiliado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Afil. Jubilados de CAFAR</td> <td>40%</td> <td>60%</td> </tr> <tr> <td>PLAN TRAT. CRÓNICOS (1)</td> <td>70%</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>INSULINAS (5)</td> <td>100%</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>TIRAS REACTIVAS(5)</td> <td>100%-----</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ANTICONCEPTIVOS: (6)</td> <td>100%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>TIPO DE RECETARIO: Fed. Méd.: SI (2) Particular: SI (2) Oficial: NO (2) Otros: SI (2)</p> <p>VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días de la prescripción</p> <p>TROQUELADO: SI</p> <p>FECHA DE PRESCRIPCIÓN Y EXPENDIO: SI</p> <p>ACLARACIÓN FIRMA MEDICO Y N° DE MATRICULA: Con sello: SI Manuscrito: NO</p> <p>ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES: Letras: SI Números: SI</p> <p>ENMIENDAS SALVADAS: Por el Médico: SI Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI</p> <p>DEL RESUMEN: Planilla: Carátula On Line Cantidad: Una Presentación: Semanal. Todos los planes juntos. (Límite para la presentación de las recetas: 45 días desde la fecha de expendio). Validación obligatoria.</p> <p>COBERTURA DEL SERVICIO: Para toda la Provincia de Buenos Aires.</p> <p>DE LA PRESCRIPCIÓN: PRODUCTOS POR RECETA: 3 (TRES) (3)</p>		OS	Afiliado	Afil. Jubilados de CAFAR	40%	60%	PLAN TRAT. CRÓNICOS (1)	70%	30%	INSULINAS (5)	100%	-----	TIRAS REACTIVAS(5)	100%-----		ANTICONCEPTIVOS: (6)	100%		<p>UNIDADES POR RENGLÓN: 1 (Uno) Vacunas: Sólo 1 envase por receta Antibióticos Inyectables: Envase Individual: 5 (cinco) Envase de 2 ampollas: hasta 2 (dos) Envase de 3 ó más ampollas: 1 (uno)</p> <p>TAMAÑOS POR RECETA: Un solo envase grande o mediano por receta si se encuentra prescripto como tal (4).</p> <p>RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS : Se reconocerán los Medicamentos de venta bajo recetaycon troquel (prescriptos por genérico) incluidos en "Manual Farmacéutico" o "Agenda Kairos" respectivamente, con las siguientes inclusiones y exclusiones, según clasificación SIFAR:</p> <p>EXCLUSIONES: Accesorios Adelgazantes Antitabáquicos Hormonas de crecimiento Inductores de ovulación y/o espermatogénesis Inmunosupresores Productos Alimenticios y dietéticos Productos de internación</p> <p>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) TRIAAC (Ej. Triacana)</p> <p>RECONOCIMIENTO BAJO NORMAS ESPECIALES: (7) ENOXAPARINA (Heparina de bajo peso molecular) Clexane</p>
	OS	Afiliado																	
Afil. Jubilados de CAFAR	40%	60%																	
PLAN TRAT. CRÓNICOS (1)	70%	30%																	
INSULINAS (5)	100%	-----																	
TIRAS REACTIVAS(5)	100%-----																		
ANTICONCEPTIVOS: (6)	100%																		
<p>OBSERVACIONES: Ver al dorso.</p>																			

Dorso de:
AMFFA CAFAR

OBSERVACIONES:

- (1) PLAN TRATAMIENTOS CRÓNICOS RESOL.310/04: en concordancia con el padrón mensual enviado por AMFFA.
- (2) Para los afiliados jubilados de CAFAR (carnet terminado con la sigla BF3) **son válidos: recetario particular del médico, Federaciones Médicas, Agremiaciones Médicas, Círculos Médicos y Hospitales públicos y privados.**
- (3) No se reconocerán más de un medicamento en una misma receta con la misma droga, aunque sean de distinta concentración o forma farmacéutica, excepto las combinaciones Ej. INYECTABLE/COMPRIMIDOS o INYECTABLE / JARABE, INYECTABLE/SUPOSITORIO; COMPRIMIDOS/JARABE, ETC.
- (4) Únicamente cuando el médico indique en números la cantidad de unidades, caso contrario se entregará el segundo tamaño.
- (5) Insulinas: 100% para diabéticos tipo I (uno) con autorización previa
Tiras Reactivas para diabéticos: 100% hasta 75 (setenta y cinco) por mes.
- (6) Anticonceptivos: 100%, envases según requerimiento mensual sin autorización previa.
- (7) ENOXAPARINA: (Clexane) el asociado deberá presentar en AMFFA resumen de historia clínica para la autorización previa. Porcentaje de cobertura: el autorizado.

AUTORIZACIONES: a los teléfonos 0221-453-5126 o 0800-666-26332 o por mail (orden scaneada) a autorizaciones@amffamutual.com.ar

NOTA: EN LAS RECETAS DEBEN CONSTAR: firma, aclaración, DNI, domicilio y TE del paciente o tercero que adquiera la medicación