



Junio 2011

Obra Social 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%
Como Coseguro	Hasta 30%	El resto
Oncológicos y tratamientos especiales (1)		
Plan Materno Infantil (2)	100%	---
Patologías Crónicas (6)	70%	30%

TIPO DE RECETARIO:

OFICIAL : SI (2)
Otros: NO

VALIDEZ DE LA RECETA: 15 días**TROQUELADO:** SI Completo (con N° y Código de barra) (3)**FECHA DE 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. (Límite para la presentación de las recetas: 60 días desde la fecha de expendio).

COBERTURA DEL SERVICIO: Para toda la Provincia de Buenos Aires.**DE LA PRESCRIPCIÓN:**

Cantidad Máxima de:
PRODUCTOS POR RECETA: 2 (dos) (4)
UNIDADES POR RENGLÓN: 1 (uno)
TAMAÑOS POR RECETA: 1(uno) **grande o mediano** por receta, si se encuentra prescripto como tal (5)
Antibióticos Inyectables: Envase Individual: 5 (cinco)
Envase de 2 ampollas: hasta 2 (dos)
Envase de 3 ó más ampollas: 1 (uno)

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS Como Entidad Primaria, Como Coseguro y PMI:

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
Leches Maternizadas
Leches Medicamentosas
Productos Alimenticios y Dietéticos
Productos de internación (excepto heparinas de bajo peso molecular)

OTRAS EXCLUSIONES:

Productos que contengan las siguientes drogas:

CENTELLA ASIÁTICA en todas sus formas.

ONDANSETRON (ej. Zofran)

ORLISTAT (Ej. Xenical)

SILDENAFIL

TOXINA BOTULÍNICA TIPO A (ej. Botox)

TRIAAC (Ej. Triacana)

INCLUSION ESPECIAL:

Leche NAN PRO 1 sólo en PMI: (2 Kg. por receta). Este es el único caso que se admite por excepción la repetición de los dos renglones del mismo producto. NO SE ADMITE PRESCRIPCIÓN DE LECHE EN RECETARIOS COMUNES

RECONOCIMIENTO BAJO NORMAS ESPECIALES:

Anovulatorios/Anticonceptivos (7)

Insulinas: se reconocerán con el 100% de descuento, con autorización de AMFFA

Tiras reactivas para diabéticos: : se reconocerán con el 70% de descuento, solicitando autorización al 0221-4535126

En P.M.I.:

Todas las recetas deben llevar autorización de AMFFA, la cual deberá ser solicitada por el farmacéutico al **TE 0800-666-26332**. Dicha autorización recibida vía fax deberá ser abrochada a la receta en el momento de la facturación. Esta normativa rige tanto para medicamentos de este Plan como para leches. Con respecto a las cantidades y tamaños a dispensar será según conste en la autorización recibida.

Vacunas inyectables: Todas con cobertura habitual 40%, en recetario común.

(6) **Patologías Crónicas:** se reconocerán para éste Plan, todos los medicamentos del vademécum (y sus actualizaciones) confeccionado para éste Plan, según Resol. 310/04 y 758/04 de la S.S.S., con una cobertura del 70%, **con la sólo presentación de la credencial de cronicidad.**

Observaciones:

Ver al dorso.

Dorso de:

AMFFA ADHERENTES**OBSERVACIONES:****(1) PLAN ONCOLÓGICOS y TRAT. ESPECIALES:**

El pedido de la medicación lo realizarán las farmacias a la sede central de AMFFA y ésta una vez autorizado el trámite, generará la provisión por intermedio de alguna droguería, quien a su vez lo entregará a la farmacia. Por cada receta dispensada por la farmacia se abonará en concepto de honorario profesional un arancel de \$50,00. Se debe entregar un ticket por dicho importe al afiliado en el momento del expendio.

Para la autorización de recetas se deberá enviar un fax al teléfono 0800-666-26332 juntamente con un detalle donde deberán figurar en forma legible los datos de afiliación del asociado y los de la farmacia solicitante.

En cuanto a la facturación de estas recetas deberá realizarse sin valorización, con fotocopia del remito de la Droguería.

En casos debidamente autorizados por AMFFA central, la provisión la podrá realizar directamente la farmacia, en cuyo caso la receta se facturará valorizada.

(2) Recetario Oficial: Color verde, de dos renglones. En la receta vendrá indicado el vencimiento de la misma. Asimismo, en el recetario se indicarán las coberturas (como Entidad Primaria y como Coseguro).

PMI: Recetario color rojo, **autorizado** por AMFFA Central. En dicha autorización constará el porcentaje de cobertura. La autorización podrá ser emitida por AMFFA vía fax.

LECHES: Recetario especial de LECHES: Oficiales color rojo con logo AMFFA. Lleva obligatoriamente autorización.

(3) No se reconocerán productos que no tengan troquel (N° y Código de barra)

En caso de Coseguro se deberá adjuntar fotocopia de la receta de la entidad primaria.

(4) 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.**

(5) Tamaño grande únicamente cuando el médico indique en números la cantidad de unidades, caso contrario se entregará el segundo tamaño.

(7) Anovulatorios/Anticonceptivos: la Obra Social reconoce un Monto Fijo de \$20, abonando el afiliado el resto.

NOTA:

***El número de asociado debe ser el que corresponde a AMFFA.
Se recuerda que en los recetarios deben figurar
los datos del Titular y/o paciente, aclaración de firma,
documento de identidad y domicilio.***