



## 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

<p><b>DESCUENTO</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 30%; text-align: center;">OS</th> <th style="width: 30%; text-align: center;">Afiliado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Como Entidad Primaria</td> <td style="text-align: center;">40%-50%-70%</td> <td style="text-align: center;">60%-50%-30%</td> </tr> <tr> <td>Plan Materno Infantil (1)</td> <td style="text-align: center;">100%</td> <td style="text-align: center;">---</td> </tr> <tr> <td>Patologías Crónicas (5)</td> <td style="text-align: center;">70%</td> <td style="text-align: center;">30%</td> </tr> <tr> <td>Insulinas y tiras reactivas (6)</td> <td style="text-align: center;">100%</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anticonceptivos: (7)</td> <td style="text-align: center;">100%</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>TIPO DE RECETARIO:</b> OFICIAL : SI Otros: NO</p> <p><b>VALIDEZ DE LA RECETA:</b> Hasta la fecha de vencimiento</p> <p><b>TROQUELADO:</b> SI. Completo (con N° y Código de barra) (2)</p> <p><b>FECHAS DE PRESCRIPCIÓN Y EXPENDIO:</b> SI</p> <p><b>ACLARACIÓN FIRMA MÉDICO Y N° DE MATRÍCULA:</b> Sello: SI                      Manuscrito: NO</p> <p><b>ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:</b> Letras: SI                      Números: SI</p> <p><b>ENMIENDAS SALVADAS:</b> Por el Médico: SI Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI</p> <p><b>DEL RESUMEN:</b> 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</p> <p><b>COBERTURA DEL SERVICIO:</b> Para toda la Provincia de Buenos Aires.</p> <p><b>DE LA PRESCRIPCIÓN:</b> Cantidad Máxima de:</p> <p><b>PRODUCTOS POR RECETA:</b> 2 (dos) (3)</p> <p><b>UNIDADES POR RENGLÓN:</b> 1 (uno)</p> <p><b>TAMAÑOS POR RECETA:</b> 1(un) grande o mediano por receta, si se encuentra prescripto como tal (4)</p> <p><b>Antibióticos Inyectables:</b> Envase Individual: 5 (cinco) Envase de 2 ampollas: hasta 2 (dos) Envase de 3 ó más ampollas: 1 (uno)</p> <p><b>RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:</b> <b>Se reconocerán los Medicamentos de venta bajo receta y con troquel (prescritos por genérico) incluidos en "Manual Farmacéutico" o "Agenda Kairos" respectivamente, con las siguientes inclusiones y exclusiones, según clasificación SIFAR:</b></p>		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%		<p><b>EXCLUSIONES:</b> Accesorios Adelgazantes Antitabáquicos Hormonas de crecimiento Inductores de ovulación y/o espermatogénesis Inmunosupresores Leches Enteras Productos Alimenticios y Dietéticos Productos de internación</p> <p><b>OTRAS EXCLUSIONES:</b> <b>Productos que contengan las siguientes drogas:</b> <b>CENTELLA ASIÁTICA en todas sus formas.</b> <b>ONDANSETRON (ej. Zofran)</b> <b>ORLISTAT (Ej. Xenical)</b> <b>SILDENAFIL</b> <b>TADALAFILO</b> <b>TOXINA BOTULÍNICA TIPO A (ej. Botox)</b> <b>TRIAIC (Ej. Triacana)</b></p> <p><b>RECONOCIMIENTO BAJO NORMAS ESPECIALES:</b></p> <p><b>(6) Insulinas:</b> 100% con autorización previa <b>Tiras reactivas para diabéticos:</b> 100%</p> <p><b>(7) Anovulatorios/Anticonceptivos:</b> 100% de acuerdo con el requerimiento mensual, sin autorización de Amffa.</p> <p><b>(8) ENOXAPARINA (Heparina de bajo peso molecular) (Clexane)</b></p> <p><b>En P.M.I.:</b> Reconocimiento según Vademécum específico para este Plan. Cantidades y tamaño a dispensar según norma general. Recetario de color rojo.</p> <p><b>Leche Maternizada:</b> sólo en PMI en recetario pre-impreso: 2 Kg. por receta hasta los 6 meses de vida con autorización previa de AMFFA.</p> <p><b>Leches medicamentosas:</b> sólo en recetario preimpreso PMI con autorización previa de AMFFA</p> <p><b><u>NO SE ADMITE PRESCRIPCIÓN DE LECHE EN RECETARIOS COMUNES</u></b></p> <p><b>Vacunas inyectables:</b> 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.</p>
	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%																		
<p><b>Observaciones:</b> Ver al dorso.</p>																			

