

ANEXO INFORMACIÓN N° 07/15 – S.U.

Febrero 2015



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.-

DESCUENTO	OS	Afiliado
Afil. Jubilados de CAFAR	40%	60%
PLAN TRAT. CRÓNICOS (1)	70%	30%
INSULINAS (5)	100%	-----
TIRAS REACTIVAS(5)	100%	-----
ANTICONCEPTIVOS: (6)	100%	-----

TIPO DE RECETARIO:

Fed. Méd.: SI (2) Particular: SI (2)
Oficial: NO (2) Otros: SI (2)
S.A.M.O.: NO

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días de la prescripción

TROQUELADO: SI

FECHA DE PRESCRIPCIÓN Y EXPENDIO: SI

ACLARACIÓN FIRMA MEDICO Y N° DE MATRICULA:

Con 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: 45 días desde la fecha de expendio). Validación obligatoria.

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

DE LA PRESCRIPCIÓN:

PRODUCTOS POR RECETA: 3 (TRES) (3)

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)

TAMAÑOS POR RECETA:

Un solo envase grande o mediano por receta si se encuentra prescripto como tal (4).

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
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)
TRIAAC (Ej. Triacana)

RECONOCIMIENTO BAJO NORMAS ESPECIALES:

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

OBSERVACIONES:

Ver al dorso.

ANEXO INFORMACIÓN N° 07/15 – S.U.

Febrero 2015

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, Federación Médica, Agremiación Médica, Círculos Médicos y Hospitales 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