



Octubre 2018

OBRA SOCIAL:

AMFFA PLAN REGIONAL

Nombre Completo: MUTUAL FARMACEUTICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA

Nº de CUIT: 30-57101480-3 Cód. de O.S.: 10970

Dirección: Diag. 75 N°350, La Plata, Bs. As.

DESCUENTO:	O.S.	AFILIADO	COBERTURA DEL SERVICIO: Para toda la Provincia de Buenos Aires.
Plan Común	40%	60%	
PMI (1)	100%	---	
Patologías Crónicas (2)	70%	30%	DE LA PRESCRIPCION: Cantidad Máxima de:
Insulinas y Tiras reactivas (3)	100%	---	PRODUCTOS POR RECETA: 2 (dos) (7)
Anticonceptivos (4)	100%	---	UNIDADES POR RENGLON: 1 (uno)
Autorizados (5)			TAMAÑOS POR RECETA: 1 (uno) grande o mediano por receta, si se encuentra prescripto como tal (8)
TIPO DE RECETARIO:			Antibióticos inyectables:
Oficial: NO		Otros: SI (6)	Envase individual: 5 (cinco)
PMI: Oficial color rojo (chequera)		Otro: NO	Envase de 2 ampollas: hasta 2 (dos)
			Envase de 3 o más ampollas: 1 (uno)
VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días desde la prescripción.			RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS: Se reconocerán los Medicamentos de <u>venta bajo receta</u> y <u>con troquel</u> (prescriptos por genérico) incluidos en "Manual Farmacéutico" o "Agenda Kairos".
TROQUELADO: SI (con N° y código de barra)			PMI:
FECHA DE EXPENDIO: SI			Leches maternizadas: 2 kg por receta hasta los 6 meses de vida con <u>AUTORIZACION PREVIA DE AMFFA SALUD</u> , en chequera correspondiente.
ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATRICULA:			Leches medicamentosas: bajo prescripción de médico especialista, con <u>AUTORIZACION PREVIA DE AMFFA SALUD</u>
Con sello: SI		Manuscrito: NO	
ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES:			EXCLUSIONES:
Letras: SI			Accesorios
Números: SI			Adelgazantes
ENMIENDAS SALVADAS:			Antitabáquicos
Por el Médico: SI (con firma y sello)			Hormonas de crecimiento
Por el Farmacéutico: SI (con firma y sello)			Inductores de ovulación y/o espermatogénesis
Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI (con firma de conformidad del afiliado)			Inmusupresores
DEL RESUMEN:			Leches enteras
Planilla: Caratula On Line			Leches medicamentosas
Cantidad: Una			Productos alimenticios y dietéticos
Presentación: Mensual Todos los planes juntos.			Productos de internación
Límite para la presentación de las recetas 60 días desde la fecha de expendio.			Venta Libre
VALIDACION OBLIGATORIA (excepto PLAN AUTORIZADOS)			Productos que contengan las siguientes drogas:
			Centella asiática (en todas sus formas)
			Ondansetron (ej: Zofran)
			Sildenafil
			Tadalafilo
			Toxina Botulinica tipo A (ej: Botox)
			Triac (ej: Triacana)
			Enoxaparina: (ej: Clexane)
			Orlistat: (ej: Xenical)
Refacturación: 60 días desde su recepción.			Vacunas inyectables: Se reconoce el 100% de las incluidas en el calendario de vacunación nacional. Para el resto de las vacunas cobertura según plan.

