



## AMFFA SALUD UNIFICADO

Cod. O.S 10985

### NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): **SEPTIEMBRE 2026**

#### **COBERTURA DEL SERVICIO**

Toda la Pcia. de Bs.As.

**VALIDACION OBLIGATORIA**

---

#### **DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA**

**Plan general: Productos, Renglones, unidades y tamaño por receta:** cobertura según respuesta del validador.

##### **Afiliados CAFAR Vacunación:**

**ANTIGRIPAL 2026:** Hasta el 31 de agosto del corriente año, todos los jubilados y pensionados de CAFAR tendrán disponible la vacuna antigripal 2026 con cobertura del 100% tanto para la vacuna como para el honorario de aplicación.

No es necesaria la prescripción médica sólo la presentación de la respectiva credencial de afiliación. La dispensa es de validación obligatoria, en el Plan "General". Para validar la aplicación se deberá ingresar el "código 1001 Honorario por Aplicación" en el mismo comprobante de validación que la vacuna. El valor del honorario es de \$7.000 (Siete mil pesos).

Para el cobro, se deberá presentar el comprobante de validación (de vacuna y aplicación) con el troquel adherido, firmado por el afiliado o tercero con los datos del mismo (Aclaración, N° de DNI y domicilio), como así también el sello y firma de la farmacia.

**ANTINEUMOCÓCICA 2025:** Hasta el 31 de agosto del corriente año todos los jubilados y pensionados de CAFAR tendrán la posibilidad de adquirir la vacuna antineumocócica con cobertura del 100% tanto para la vacuna como para el honorario de aplicación.

Es necesario presentar: "orden medica correspondiente y debidamente autorizada".

La dispensa es de validación obligatoria, en el Plan "General" Para validar la aplicación se deberá ingresar el "código 1001 Honorario por Aplicación" en el mismo comprobante de validación que la vacuna. El valor del honorario es de \$7.000 (Cinco mil pesos).

Para el cobro, se deberá presentar la receta con el troquel adherido, y el comprobante de validación (de vacuna y aplicación), el que deberá contener la firma del afiliado o tercero con los datos del mismo (Aclaración, N° de DNI y domicilio) como así también el sello y firma de la farmacia.

**HERPES ZOSTER:** El reconocimiento de la vacuna es para los jubilados y pensionados de CAFAR.

Para la dispensa el afiliado deberá presentar la receta, la que se deberá validar a través del Plan "General" (siendo el sistema el que reconocerá la validez de la dispensa). Para el cobro, se deberá presentar la receta con el troquel adherido, y el comprobante de validación, el que deberá contener la firma del afiliado o tercero con los datos del mismo (Aclaración, N° de DNI y domicilio).

##### **IMPORTANTE:**

**Tope de recetas:** El sistema informará el tope de Rp, según el Afiliado en cuestión.

---

#### **RECETARIOS ACEPTADOS**

- **Receta prescripta en original:** con firma y sello médico en original.
- **Receta digital:** pre-impresa total o parcialmente con firma y sello médico en original.
- **Receta electrónica:** Emitida por cualquier plataforma habilitada por el ministerio de salud,



que contenga los requisitos de identificación (código de barra, Qr, N° de receta) con firma y sello digital acorde a la reglamentación de la ley.

El afiliado siempre deberá presentar la receta impresa en la farmacia.

- Prescripción por genérico según la ley Nro. 25.649/02
- Cantidad de cada medicamento en números y letras.
- Enmiendas del prescriptor: solo salvadas con su firma y sello (NO válido para recetas electrónicas/digitales).
- Enmiendas del farmacéutico: salvadas por él mismo con conformidad del afiliado/tercero (NO válido para recetas electrónicas/digitales de validación obligatoria)
- Enmiendas del afiliado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.

---

## VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

30 días de la prescripción.

---

## DETALLES PARA DISPENSA Y FACTURACION

**Reconocimiento del afiliado:** Al momento de la dispensa se deberá ingresar el N° de Afiliado sin barra. Ejemplo: 12345678910/00 se deberá ingresar 1234567891000.

**TOKEN:** a partir del 1° de septiembre de 2026 el sistema solicitará el N° de TOKEN para toda dispensa. Deberá solicitarse el mismo al afiliado/tercero interviniente.

**Para facturación:** Adjuntar copia del comprobante de validación o ticket fiscal, que posea los precios unitarios, totales y fecha de dispensa, con la firma y aclaración del Afiliado o tercero.

- Receta médica con conformidad y datos personales del afiliado/tercero.
- Validar con N° de afiliado (Solo números, no tipear barra).
- Troqueles adheridos (no usar abrochadora), firma y sello farmacia.

---

## RESUMEN

**Presentación:** Mensual.

**Plazo de presentación:** 60 días corridos desde la fecha de dispensa.

**Refacturación:** Las recetas podrán ser refacturadas hasta los 60 días de recibidas. Se deberán presentar con caratula de re-facturación.

---

## CUIT

30-57101480-3

---

**CTRL F:** para buscar palabra clave.

WEB: [WWW.COLFARMA.ORG.AR](http://WWW.COLFARMA.ORG.AR) /

Para consultas sobre esta norma de atención comunicarse a Mesa de Ayuda:  
mail: [ayudaonline@colfarma.org.ar](mailto:ayudaonline@colfarma.org.ar) / Tel: 0810 333 4133 / wsp: 011 51476648