



**CAMARA ARGENTINA DE FARMACIAS**

## **PLAN DE SALUD**

**AUTOMOVIL CLUB ARGENTINO**

### **NORMAS OPERATIVAS ANEXO I**

**DESCUENTO:** AUTOMOVIL CLUB ARGENTINO ABONA 35%.

**BENEFICIARIO:** ABONA 65%.

**VADEMECUM:** **SÍ** - **BONIFICACIÓN: 20%**

**SUSTITUCION POSITIVA:** SÍ. Al momento de la venta, podrá sustituirse el medicamento prescripto por otro que se encuentre en el Anexo III (SE REFIERE AL VDM), respetando el principio activo, concentración y presentación.

**BENEFICIARIOS:** Socios de las categorías Activos, Plenarios, Vitalicios, Honorarios, Adherentes y a grupos familiares, empleados o jubilados del Automóvil Club Argentino y sus grupos familiares. Los grupos familiares deberán presentar fotocopia del carnet del titular y documento de identidad del/los familiar(es) que adquiera(n) medicamento(s).

**PROCEDIMIENTO.** Los beneficiarios deberán concurrir a las Farmacias adheridas al sistema, portando:

< **Credencial en vigencia con su cuota al día;**

< Receta **convencional** que deberá contener los siguientes datos: nombres y apellidos completos; Nro. de Socio/Empleado; medicamento(s) prescripto(s) firma y sello del médico interviniente, y luego de la venta, firma y aclaración del afiliado.

< Para aquellos casos en que el titular no pueda concurrir, el/los medicamento(s) podrá(n) ser adquirido(s) por otra persona que se presente con la precitada documentación, quien deberá firmar la receta indicando “por ....., con aclaración y número de documento.”

**NO RESULTA NECESARIO NINGUNA AUTORIZACION EXPRESA DEL AUTOMOVIL CLUB ARGENTINO. LAS RECETAS SON CONVENCIONALES. NO SON DE USO RECETAS CON MEMBRETE DEL A.C.A.**

**ENMIENDAS EN PRESCRIPCION: SALVADAS POR EL MEDICO.**

**MANUSCRITA:** SI.

**ACLARACION FIRMA MEDICO Y NUMERO DE MATRICULA:**

**CON SELLO. DE SER ILEGIBLE EL MISMO, SE ACEPTARA LA RECETA SIEMPRE QUE POSEA MEMBRETE DEL PROFESIONAL.**

SIGUE EN HOJA 2.//



2.//

## **PLAN DE SALUD**

### **AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO**

**UNIDADES POR RECETA:** SEGUN PRESCRIPCION. DE NO INDICARSE LA CANTIDAD DE ENVASES, DEBERA DISPENSARSE SOLAMENTE UNO.

**TAMAÑO:** A VOLUNTAD DEL CLIENTE, EXCEPTO PSICOFARMACOS.

**DATOS DE LA RECETA:** LA FARMACIA DEBERA COMPLETAR AL DORSO DE LA MISMA EL IMPORTE A CARGO DEL BENEFICIARIO Y EL A CARGO DEL PLAN DE SALUD A.C.A.

SERA NECESARIO CONSIGNAR EN LA RECETA LOS SIGUIENTES DATOS:

< APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO.

< TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO.

<DOMICILIO.

<TELEFONO.

<FIRMA DEL BENEFICIARIO o TERCERO.

EN TODOS LOS CASOS, SERA NECESARIO ADHERIR EL/LOS TROQUEL(ES); SELLO Y FIRMA DE LA FARMACIA Y LA FACTURA O EL DUPLICADO DEL TICKET FISCAL POR EL VALOR FACTURADO A TRAVES DEL PLAN DE SALUD A.C.A.

**VALIDEZ DE LA RECETA:** 60 (SESENTA) DIAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE PRESCRIPCION.

SERÁ NECESARIO QUE CONSTE: FECHA DE PRESCRIPCIÓN Y FECHA EXPENDIO.

FORMA DE PRESENTACION EN CAMARA ARGENTINA DE FARMACIAS: LAS FARMACIAS TENDRAN A BIEN NUMERAR LAS RECETAS CORRELATIVAMENTE EN EL MARGEN SUPERIOR DERECHO, Y AGRUPADAS EN LOTES DE HASTA 100 UNIDADES.

CADA LOTE SERA ACOMPAÑADO DE SU CORRESPONDIENTE CARATULA POR TRIPLICADO.

### **FECHAS DE PRESENTACION: S/CRONOGRAMA**

Saludamos a usted atentamente.-

Ricardo Luis Caamaño  
Gerente

BUENOS AIRES  
NOVIEMBRE 2007

Avda. Rivadavia 1615 – primer piso –1033 – Capital Federal  
t.e.fax 4374-3934/4220 – página web: - e-mail: secrecd@caf.com