

ANEXO INFORMACIÓN N° 44/17 – S.U.

Noviembre 2017

ENTIDAD CONTRATANTE:
FAMYL S. A.

Nombre Completo: FAMYL S.A. - SALUD PARA LA FAMILIA
CUIT: 30-58948664-8 Cod. O.SOCIAL: 00859
Dirección: Lebensohn 31 – Junín

DESCUENTO	Recetario	O.S.:	Afiliado:
Plan 1 M10 (1)	AZUL	50%	50%
Plan 2 (1)	AZUL	40%	60%
Plan 3 (1)	GRIS	40%	60%
Plan 4 (2)	VERDE	40%	60%

TIPO DE RECETARIO:

Oficial: SI (**)Otros: NO

VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días.

TROQUELADO: SI Completo (N° y Código de barra).

FECHA DE EXPENDIO: SI

ACLARACIÓN FIRMA MÉDICO N° MATRÍCULA:

Con sello: SIManuscrito: NO

ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:

Letras: SINúmeros: SI

ENMIENDAS SALVADAS:

Por el Médico: SI

Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI

DEL RESUMEN:

Planilla: On Line

Cantidad: Una

Presentación: Mensual

Facturación: Todos los planes juntos (1, 2, 3 y 4)

VALIDACION: Obligatoria

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

DE LA PRESCRIPCIÓN:

Cantidad Máxima de:

PRODUCTOS POR RECETA: 2 (dos) de distinto principio activo.

PRODUCTOS POR RENGLÓN : 1 (uno)

Antibióticos inyectables: Monodosis: 5

Multidosis: 1

TAMAÑOS POR RECETA: uno (1) grande o mediano por receta si se encuentra prescripto como tal.

DIAGNÓSTICO: debe figurar el diagnóstico para cada uno de los medicamentos prescriptos.

DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: debe figurar la cantidad de días por cada uno de los medicamentos prescriptos. La falta de indicación es motivo de débito.

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:

Planes 1, 2 y 3: (1) (*)

Plan 4 (*): Reconoce los medicamentos, prescriptos por nombre genérico, incluidos en el Formulario Terapéutico de IOMA, con las siguientes **exclusiones:**

Antisépticos de Superficie. Antivirales (excepto los de uso tópico) - Champúes medicinales: (excepto los de Venta Bajo Receta y con troquel), - Citostáticos / Oncológicos - Coadyuvante de terapia antineoplásica - Fórmulas magistrales. Gammaglobulinas específicas - Hormonas de crecimiento - Inmunoestimulantes - Inmunosupresores - Interferones Inyectables - Internación - Insulinas Humanas - Jabones medicinales - Leches Medicamentosas - Leches Maternizadas - Leches Enteras - Lociones capilares - Lociones dérmicas - Medios de contraste - **Productos con precio venta público superior a \$1000** - Productos sin troquel - Reactivos-Solventes indoloros - Vacunas iny.(excepto antigripales y antitetánica) - Venta Libre.- Medicamento ACANTEX en todas sus presentaciones. (Ver **inclusiones** al dorso)

Tratamiento prolongado: Los tamaños de los productos a dispensar son los mismos que para el resto de los planes, sólo que deben encontrarse prescriptos en los recetarios especiales para 120 días. Cantidad lo prescripto.

AUTORIZACIONES ESPECIALES (válido para todos los Planes):

FAMYL podrá autorizar a través de un sello con las leyendas: "AUTORIZADO - Auditoría Médica" o "AUTORIZADO - Dpto. Auditoría Médica" o a través de una autorización que deberá adjuntar a la receta. Los únicos profesionales habilitados para extender estas autorizaciones especiales son: Dr. Mario Melcon / Dr. Gonzalo Melcon / Dr. Angel Jose Tomino (M.P. 60.725) / Dra. Vanesa Melcon (MP 64123) / Dra. Andrea De Iullis. Autorizaciones extendidas con cualquier otro sello y/o por cualquier otro profesional no mencionado: no son válidas.

También podrán venir autorizadas **vía FAX**

- **Odontólogos:** sólo podrán prescribir medicamentos relacionados con su especialidad.
- No se aceptan **enmiendas** salvadas sobre **corrector líquido**

Observaciones: Ver al Dorso

ANEXO INFORMACIÓN N° 44/17 – S.U.

Noviembre 2017

(1) PLANES 1-2-3 **RECONOCIMIENTOS DE MEDICAMENTOS:** Se reconocerán los medicamentos, prescriptos por nombre genérico, que figuren marcados con **un punto o asterisco en Manual Farmacéutico o Agenda Kairos**, exceptuando las bandas terapéuticas que la Norma incluya o excluya.

Adelgazantes/anorexígenos: NO
Anticonceptivos / Anovulatorios: SI
Alimentos: NO
Antisépticos de Superficie: NO
Antitabáquicos: NO
Antivirales sistémicos: NO (Excepto los de Uso Tópico)
Citostáticos/Oncológicos: NO
Edulcorantes: NO
Estimulantes de Eritropoyesis: NO
Fórmulas Magistrales: NO
Gammaglobulinas Específicas: NO
Hormonas de Crecimiento: NO
Ind. de ovulación y/o espermatogénesis: NO
Inmunoestimulantes: NO
Inmunosupresores: NO
Insulinas bovina, porcina, humana: NO
Interferones inyectables: NO
Jabones medicinales: NO
Leches Enteras , Medicamentosas , Maternizadas: NO
Lociones Capilares: NO
Lociones Dérmicas SI
Medicamento ACANTEX en todas sus presentaciones: NO
Medicamentos de Internación y /o Uso Hospitalario: NO
Pantallas y filtros solares: NO
Pastas dentales: NO
Productos sin troquel: NO
Radiopacos/Medicamentos para estudios clínicos: NO
Shampúes medicinales: NO (Solo venta bajo receta y c/troquel)
SIDA - HIV: NO
Solventes Indoloros: NO
Tiras reactivas: NO
Tratamientos de Fertilidad: NO
Vacunas inyectables :NO (excepto antigripales y antitetánica)
Vaselinas Líquidas: NO
Venta Libre: NO
Productos con un **precio venta público superior a \$1000 (pesos mil): NO**

FAMYL S.A. podrá **AUTORIZAR** toda dispensa que se contraponga con la presente norma.

ANEXO INFORMACIÓN N° 44/17 – S.U.

Noviembre 2017

FAMYL S. A.

OBSERVACIONES:

(1) Plan 1:** Integra el Plan 1 el Plan M-10, con cobertura 50% a cargo de FAMYL, para los medicamentos incluidos según Norma de atención. **Recetario: fondo blanco, impreso en azul. (Ver NOTA)**

(1) Plan 2** Cobertura Común: 40% a cargo de la Obra Social, para los medicamentos incluidos según Norma de Atención FAMYL. Planes que integran esta Cobertura Prestacional: M 1 - M 2 - M 3 - 100 - 100 V - 100 CH - M 4 - M 4 V - 100 O - J 2 M - CONSER - M 9 ANUAL, MILENIO, MILENIO JOVEN, KINDER. **Recetario: fondo blanco, impreso en azul. (Ver NOTA)**

(1) Plan 3** Cobertura Común: 40% a cargo de la Obra Social, para los medicamentos incluidos según Norma de Atención FAMYL. Planes que cubre esta Cobertura Prestacional: C A 4 - C A 4 V - C A 4 O - J 2 C - PLAN MÉDICO DE FAMILIA. **Recetario: blanco, impreso en Gris. (Ver NOTA)**

(1) Tratamiento prolongado:** Recetario válido para tratamiento prescripto por el término de 120 días.

(* Sóló para el Partido de BOLIVAR, los Planes 1, 2 y 3, incluyen los antiguos planes de NATIVA SALUD Plan 1 ("A"- "O"- "OBA"- "A SOCIAL PLUS").

(2) Plan 4** Cobertura Común: 40% a cargo de FAMYL en Medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico de la Pcia. de Buenos Aires " I.O.M.A." con las **exclusiones** de la presente Norma y se **incorporan** los siguientes Medicamentos a la Cobertura del Plan 4:

(* Sóló para el Partido de BOLIVAR, el Plan 4, incluye los antiguos Planes de NATIVA SALUD Plan 2 ("SOCIAL") y Plan 3 ("Familia").

Anticonceptivos / Anovulatorios Cardura 1 mg. comp. x 14 Cardura 2 mg. comp. x 28 Cofrón jarabe x 120 ml. adultos y pediátricos CVP duo comp. x 25 CVP duo comp. x 50 Debridat 200 comp. x 20 Debridat 200 comp. x 40 Debridat B comp. x 30 Dicetel 100 mg. comp. x 30 Dicetel 100 mg. comp. x 60 Diovan 80 mg. comp. x 28 Dormicum 15 mg comp. x 30 Dormicum 7.5 mg. comp. x 20 Estracomb TTS Etumina x 30 comp. Fasigyn comp. 500 mg. x 8 Flebopom pomada x 15 grs. Flebopom pomada x 30 grs. Gynormal crema Hipoglós pomada x 100 grs. Hipoglós pomada x 50 grs.	Ibupirac migra comp. x 20 Miopropan comp. x 20 Miopropan comp. x 40 Miopropan T comp. x 50 Miopropan T comp. x 20 Miopropan 200 comp. x 30 Munobal 5 mg. comp. x 30 Pasminox 40 comp. X 20 Pasminox 40 somático comp. 20 Pausafren T comp. x 20 Premarin crema x 20 grs. Primosiston ampollas Primosiston comp., x 30 Sincerum Biotic L gotas x 5 ml. Tritace 2,5 mg. comp. x 30 Tritace 5 HCT Tritace 5 mg. comp. x 30 Tri-Vi-Fluor solución x 30 cc. Ultracal comp. x 30 Vagisan óvulos x 12 Venosmil cápsulas x 60 Venostasin gel x 50 grs.
--	---

Planes que cubre esta Cobertura Prestacional: SERV. GAS JUNÍN - A P M - CTRO. TRANSP. JUNÍN - C A 5 - C A 6 - CTRO. TRANSP. LINCOLN - IND. LINCOLN - ARTEX - 100 / 70 - 100 P - C A 1 - 70 y PLAN PEDIÁTRICO.

Recetario: blanco, impreso en verde. Plan CLÍNICA OESTE: blanco, impreso en negro.

ANEXO INFORMACIÓN N° 44/17 – S.U.

Noviembre 2017

FAMYL S. A.

NOTA SOBRE RECETARIOS:

- > PARA TODOS LOS PLANES TAMBIÉN SON VÁLIDOS LOS RECETARIOS DE FAMYL QUE CONTENGAN COLOCADO UN SELLO CON LA SIGLA: "OSPOCE", "OSCE", "OSCEP".
- > NO SON VÁLIDOS LOS RECETARIOS CON LA LEYENDA "FAMYL - OBRA SOCIAL DEL TURF".
- > LOS RECETARIOS CON LA LEYENDA "MEDIN - FAMYL" ÚNICAMENTE PUEDEN SER DISPENSADOS POR LAS FARMACIAS DEL PARTIDO DE 9 DE JULIO (ESTOS RECETARIOS NO SON VÁLIDOS EN EL RESTO DE LOS PARTIDOS DE LA PROVINCIA, SALVO QUE LA RECETA SE ENCUENTRE AUTORIZADA POR FAMYL).
- > FAMYL NO RECONOCERÁ RECETA ALGUNA QUE NO POSEA COLOCADO EL NÚMERO DE AFILIADO.

Recomendación:

Número de Afiliado

En el recetario, el campo correspondiente al número de afiliado deberá encontrarse completo, incluyendo los dos dígitos colocados a continuación de la barra:

...(número) / 01



Secuencia Familiar
(dos últimos dígitos)

Si el número de afiliado se encontrara incompleto: el farmacéutico podrá completarlo.
Si el número de afiliado se encontrara incorrecto: el farmacéutico podrá corregirlo.

No deberá dispensarse la receta sin cumplimentar estas correcciones.

En el recetario deben figurar los siguientes datos del afiliado: apellido, dirección, DNI y firma.

El número de afiliado "En trámite" **NO** será reconocido (tenga o no autorización), la receta debe tener **N° DE AFILIADO**.

En todos los planes: deberá estar colocado en la receta, por parte del médico prescriptor, indefectiblemente, el **DIAGNÓSTICO**. Su falta será motivo de débito -prescripción por genérico, presentación, cantidad y duración de la prescripción.