

# 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)	<b>AZUL</b>	50%	50%
Plan 2 (1)	<b>AZUL</b>	40%	60%
Plan 3 (1)	<b>GRIS</b>	40%	60%
Plan 4 (2)	<b>VERDE</b>	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.