



Septiembre 2011



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 (Nº y Código de barra).

**FECHA DE EXPENDIO:** SI

**ACLARACIÓN FIRMA MÉDICO Nº MATRÍCULA:**

Con sello: SI  
Manuscrito: NO

**ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:**

Letras: SI  
Números: 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)

**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 : (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) - Champús medicinales: (excepto los de Venta Bajo Receta y con troquel), - Citostáticos / Oncológicos - Coadyuvante de terapia antineoplásica -Fórmulas magistrales. Gammaglobulinas específicas - Hormonas de crecimiento - Inmunostimulantes - 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 \$200 - Productos sin troquel - Reactivos-Solventes indoloros - Vacunas iny. - Venta Libre.- Medicamento ACANTEX en todas sus presentaciones. (Ver **inclusiones** al dorso)

**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". Los únicos profesionales habilitados para extender estas autorizaciones especiales son: Dr. Mario Melcon / Dr. Gonzalo Melcon / Dr. Angel Jose Tomino (M.P. 60.725). 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

Septiembre 2011

(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 vta bajo receta y c/troquel)  
SIDA - HIV: NO  
Solventes Indoloros: NO  
Tiras reactivas: NO  
Tratamientos de Fertilidad: NO  
Vacunas inyectables :NO  
Vaselines Líquidas: NO  
Venta Libre: NO  
Productos con un precio venta público superior a **\$200 (doscientos):** NO

FAMYL S.A. podrá **AUTORIZAR** toda dispensa que contenga un producto excluido.

## 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)**

**(\*) Sólo 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:

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

Anticonceptivos / Anovulatorios	Ibupirac migra comp. x 20
Cardura 1 mg. comp. x 14	Miopropan comp. x 20
Cardura 2 mg. comp. x 28	Miopropan comp. x 40
Cofrón jarabe x 120 ml.	Miopropan T comp. x 50
CVP duo comp. x 25	Miopropan T comp. x 20
CVP duo comp. x 50	Miopropan 200 comp. x 30
Debridat 200 comp. x 20	Munobal 5 mg. comp. x 30
Debridat 200 comp. x 40	Pasminox 40 comp. X 20
Debridat B comp. x 30	Pasminox 40 somático comp. 20
Dicetel 100 mg. comp. x 30	Pausafren T comp. x 20
Dicetel 100 mg. comp. x 60	Premarin crema x 20 grs.
Diovan 80 mg. comp. x 28	Primosiston ampollas
Dormicum 15 mg comp. x 30	Primosiston comp., x 30
Dormicum 7,5 mg. comp. x 20	Sincerum Biotic L gotas x 5 ml.
Estracomb TTS	Tritace 2,5 mg. comp. x 30
Etumina x 30 comp.	Tritace 5 HCT
Fasigyn comp. 500 mg. x 8	Tritace 5 mg. comp. x 30
Flebopom pomada x 15 grs.	Tri-Vi-Fluor gotas x 30 cc.
Flebopom pomada x 30 grs.	Ultracal comp. x 30
Gynormal crema	Vagisan óvulos x 12
Hipoglós crema x 100 grs.	Venosmil comp. x 60
Hipoglós crema x 50 grs.	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.**

## 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 Nº 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.**