COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 nº 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar

FAMYL S.A. – SALUD PARA LA FAMILIA

Cód. O.S. 859

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): NOVIEMBRE 2026

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires **VALIDACION OBLIGATORIA**

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO:	OS:	AFILIADO:	OBSERVACIONES
Plan 1	50%	50%	Credencial denominada Plan: MYL 100
Plan 2	**40%**	**60%**	**Credencial denominada Planes: MYL20 – MYL20+ – MYL40**
Autorizados			Plan Autorizados: La Obra social podrá autorizar para todos los planes con una cobertura de: 40%, 50%, 70% o 100% cualquier producto, cantidad o tamaño que se contraponga a la presente Norma 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. Para dispensar y validar medicación en este Plan, la Autorización deberá contener el porcentaje, de lo contrario se deberá validar en el plan correspondiente de cada Afiliado. Los únicos profesionales habilitados para extender estas autorizaciones especiales son: Dra.Vanesa Melcon (MP 64123) / Dr. Carlos Mario Melcon (MP 63221). "Autorizaciones extendidas con cualquier otro sello y/o por cualquier otro profesional no mencionado: no son válidas". También podrán venir autorizadas vía WhatsApp. Se debe respetar lo autorizado por la auditoria Médica, el No cumplimiento, será motivo de débito.

Cantidad Máxima de:
PRODUCTOS POR RECETA: 3 (Tres) de igual o distinto principio activo.
PRODUCTOS POR RENGLÓN : 1 (uno)
Antibióticos inyectables: Monodosis: 5 Multidosis: 1
TAMAÑOS POR RECETA: Lo prescripto.
RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:

Planes 1 y 2: Se reconocerán los medicamentos que figuren en el "Vademécum Famyl, con el porcentaje correspondiente para cada plan (40% o 50 %).

VACUNA Antigripal: Se reconocerán todas las vacunas admitidas por el ANMAT (Trivalente o Tetravalente), con la cobertura correspondiente al plan del Afiliado.

Calle 5 nº 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar

TRATAMIENTO PROLONGADO: Los tamaños de los productos a dispensar son los mismos que para el resto de los planes, sólo que deben encontrase prescriptos en los recetarios especiales para de Tratamiento Prolongado (Modelo al pie). Cantidad lo prescripto.

Odontólogos: sólo podrán prescribir medicamentos relacionados con su especialidad.

A partir del día 13/03/2026, para los planes 1 y 2: Todo Producto con un precio venta público superior a $90.000- (Pesos noventa mil), deberá tener autorización de la Obra Social y ser dispensado y validado en el plan correspondiente de cada afiliado.

IMPORTANTE: El tope antes mencionado, no rige para los anticonceptivos, vacunas antigripales y vacunas antineumocócica. La cobertura de los mismos es la que emite el sistema de validación, sin requerir autorización.

ANTICONCEPTIVOS: Los anticonceptivos reconocidos al 100% se detallan al pie de la norma, los productos no incluidos tendrán cobertura según plan.

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

- Serán válidos tanto los **recetarios oficiales, como los particulares.** Estos últimos deberán contar con los mismos datos que requiere el recetario oficial, pudiendo estar o no el detalle de la duración del tratamiento (Cantidad de días)
- También serán válidos los **recetarios digitales,** según modelo adjunto al pie de la Norma.
- **Recetarios Electrónicos:** Se podrán aceptar prescripciones confeccionadas a través de diferentes plataformas, las que deberán contener obligatoriamente los requisitos de identificación de cada receta, como, por ejemplo: código de barra o número de receta. Además de los datos requeridos: Nombre y apellido, Nº de afiliado, Plan, Fecha prescripción, medicamento genérico, forma farmacéutica, dosis/unidad, concentración, diagnóstico, firma y sello del médico (en formato digital o en original).
  Es importante aclarar que el afiliado deberá presentar la receta impresa en la farmacia.

Tratamiento prolongado: Recetario válido para tratamiento prescripto por el término de 180 días (Modelo al pie).

Para todos los planes: En los recetarios, ya sean oficiales o particulares, deberá figurar el Diagnostico, su falta será motivo de débito.

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

– 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

Calle 5 nº 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar

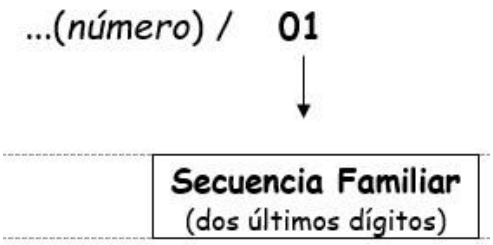
dispensa.
– No se aceptan enmiendas salvadas sobre corrector líquido.

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

30 días

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Reconocimiento del Afiliado: Validar con 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:



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.
EXPENDIO:

Será obligatorio adjuntar el comprobante de validación, el cual deberá tener los mismos datos que la receta (Fecha de Venta, Precio Unitario, Cantidad entregada, Importe Total por Rp, Importe a cargo Obra Social por Rp, Total de la Receta, Total a cargo del Beneficiario y Total a cargo de la Obra Social), firma del afiliado o tercero, con la aclaración, DNI y domicilio. No siendo necesario completar en la receta los datos antes mencionados.

Para la dispensa de recetarios de Tratamiento Prolongado, se deberá presentar el cupón correspondiente a cada mes, junto a la copia de la receta original, la que será provista por el Afiliado.

Para todos los planes: En los recetarios, ya sean oficiales o particulares, deberá figurar el Diagnostico, su falta será motivo de débito.

Para la facturación: Adjuntar comprobante de validación

COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 nº 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar

MODELOS DE RECETARIOS

Modelo de Recetario digital:



40 Años

RECETA DE EMERGENCIA COVID-19

Con esta receta (digital o impresa) podés adquirir tu medicación en cualquier farmacia adherida al sistema de validación de Receta Digital.

Receta Número: 9 9 0 0 0 0 0 0 0 0 1 4 1

Afiliado Número: 2 0 5 6 2 0 3

CODIGO DE ATENCION: 3215879

Fecha: 04/12/2021

Datos del paciente:
Damiano Joaquin, Damiano Joaquin - DNI 45519366
Financiador: FAMYL (JUNIN)
Nro afiliado: 2056203

Medicamentos:

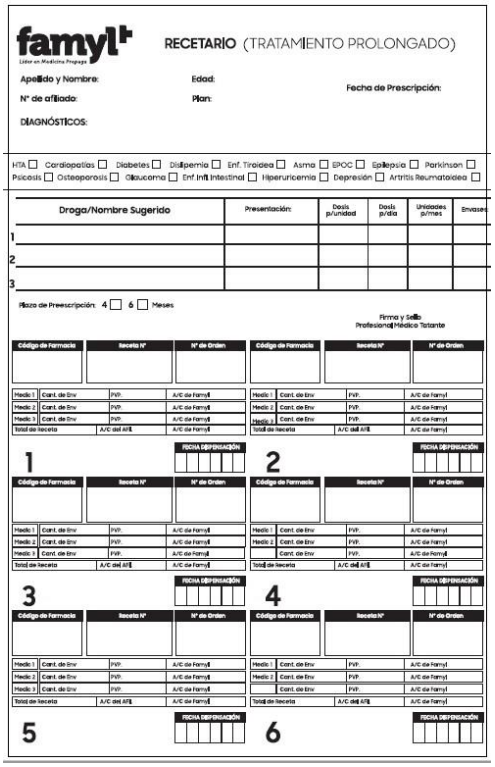
- Dosodos (beta) - butamirato,citrato (10mg/5 ml) - jbe.x 150 ml | Cantidad de envases: 1 | Indicaciones: cada 8hs

Diagnóstico:
tos

Ingrid Mc Grech
Matrícula: MP - Santa Fe 19329
CLÍNICA ADULTOS

Modelo de Recetario Tratamiento Prolongado

Frente:



famyl

RECETARIO (TRATAMIENTO PROLONGADO)

Apellido y Nombre: Edad: Fecha de Prescripción:

N° de afiliado: Plan:

DIAGNÓSTICOS:

HTA ☐ Cardiopatías ☐ Diabetes ☐ Dislipemia ☐ Enf. Tiroidea ☐ Asma ☐ EPOC ☐ Epilepsia ☐ Parkinson ☐ Psicosis ☐ Osteoporosis ☐ Glaucoma ☐ Enf. Infl. Intestinal ☐ Hiperuricemia ☐ Depresión ☐ Artritis Reumatoidea ☐

	Droga/Nombre Sugerido	Presentación:	Dosis p/unidad	Dosis p/día	Unidades p/mes	Envases
1						
2						
3						

Plazo de Prescripción: 4 ☐ 6 ☐ Meses

Firma y Sello
Profesional Médico Tratante

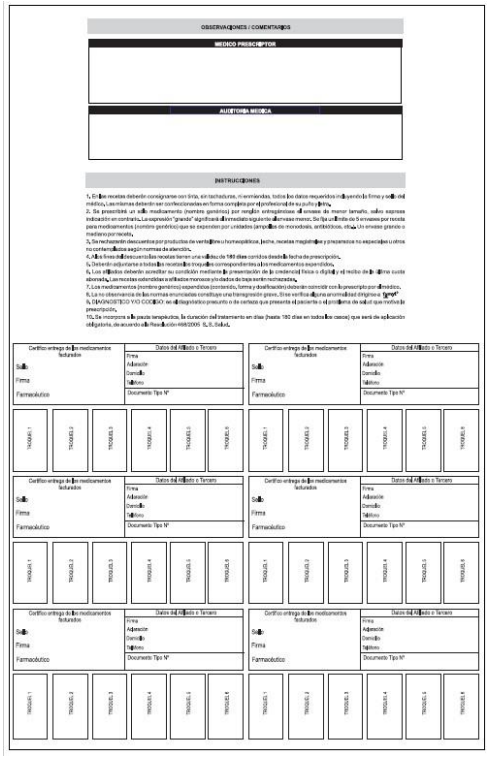
Código de Farmacia | Receta N° | N° de Orden

Medic 1 | Cant. de Env | PVP | A/C de Famyl
Medic 2 | Cant. de Env | PVP | A/C de Famyl
Medic 3 | Cant. de Env | PVP | A/C de Famyl
Total de Receta | A/C del Afil. | A/C de Famyl

1 2 3 4 5 6

FECHA DISPENSACIÓN

Dorso:



OBSERVACIONES / COMENTARIOS

MEDICO PRESCRIPTOR

AUDITORIA MEDICA

INSTRUCCIONES

Certifico entrega de los medicamentos facturados

Datos del Afiliado o Tercero

Sello
Firma
Farmacéutico

Firma
Aclaración
Domicilio
Teléfono
Documento Tipo N°

TROQUEL 1 | TROQUEL 2 | TROQUEL 3 | TROQUEL 4 | TROQUEL 5 | TROQUEL 6

COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 nº 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar

ANTICONCEPTIVOS: Los siguientes productos tendrán cobertura del 100%:

NOMBRE COMERCIAL	N° Troquel
APRIL comp x 21	4184191
APRIL X 28 COMP	4184192
AZUCENA comp.rec.x 28	6145391
CUIDAFEM COMPR X 21	5432421
DAMSEL COMPR X 28	5348842
DAMSELLA COMPR X 24+4	5574261
DIVA COMPR X 28 (21+7)	5510711
DIVA TOTAL 24 + PLAC X 4	5510712
DIVINA COMPR X 28 (21+7)	5261821
EVRA parches transdérmicos x3	5111011
FEMEXIN X 21 COMP	4744371
FEMEXIN X 28 COMP	4744372
FUCSIA SIN ESTROGENOS X 28 COMP	6690841
GADOFEM ENV CALEND COMPR X 28	5559001
IFENIL comp.rec.x 28	5784971
IFENIL E4 X 28	6842681
IFENIL MD 24 comp.rec.x 28	578797
IFENIL MD 24 comp.rec.x 28	5787972
IFENIL MD comp.rec.x 28	5787971
JADE MD 24 X 28	5802971
JADE MD X 28	5802712
JADE X 28	5802841

NOMBRE COMERCIAL	N° Troquel
KALA MD 24 X 28 COMP	5618971
KALA MD X 28 COMP	5601421
KALA X 28 COMP	5469681
KALI X 28 COMP	6683551
KIRUM COMPR X 28	5446261
KIRUMELLE COMPR REC X 28 (21+7)	5678132
MESIGYNA INY IM A X ML	3299631
MESIGYNA JER PRELL X 1 ML	3299632
MIRANDA X 28 COMP (24+4)	6222421
MIRANOVA GRAG X 21	4458841
NICOLLE COMPR X 21	5231791
NORGESTREL PLUS COMPR REC X 21	3742811
NORGESTREL PLUS X 21 COMP	3742811
ONE SIN ESTROGENOS	6760681
PINK X 28	6127131
RUBI comp.rec.x 28	5961681
SIGNORINA	6285551
SLINDA COMPR X 24+4	6573001
TRIDESTAN N COMPR X 21	4032461
TRIQUILAR BLIST GRAG X 21	2718911
UMMA COMPR X 28	5559711

RESUMEN

Presentación: Mensual

CUIT

30-58948664-8

CTRL F: *para buscar palabra clave.*