

# NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE UNIMED MEDICINA PRIVADA

## PLANES y COBERTURAS:

CONVENIOS	PLANES	DESCUENTO
UNIMED	SPS 40	40%
	SPS 55	40%
	SPS 75	40%
	SPS 95	50%
UNIMED/OSIM	HS 15/PMO	AUTORIZACION
	HS 32	40%
	HS 45	40%
	HS 65	40%
	HS 85	50%
	HS 95	50%
UNIMED/OSME	HS 15/PMO	AUTORIZACION
	HS 32	40%
	HS 45	40%
	HS 65	40%
	HS 85	50%
	HS 95	50%
Unimed/ OSFOT	HS 15/PMO	AUTORIZACION
	HS 32	40%
	HS 45	40%
	HS 65	40%
	HS 85	50%
	HS 95	50%
Unimed/ OSSACRA	HS 15/PMO	AUTORIZACION
	HS 45	40%
	HS 65	40%
	HS 85	50%
	HS 95	50%

## NORMAS DE ATENCIÓN

### 1) REQUISITOS INDISPENSABLES

#### a) Recetarios:

- Recetarios del Médico: No se aceptan fotocopias de recetas. (salvo previa autorización de Unimed)

# NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE UNIMED MEDICINA PRIVADA

**b) Validez de la Receta:** 30 (treinta) días desde la fecha de prescripción para todas las zonas.

**c) Identificación:**

- Credencial de la Obra Social Vigente.-

**d) Datos en la receta:** El profesional deberá completar los siguientes datos:

- Nombre, apellido y número de afiliación del paciente.
- Nombre de la Obra Social.
- Nombre Genérico y medicamento sugerido.
- Cantidad de cada producto.
- Fecha de emisión de la receta.
- Firma del médico y sello con nombre y matrícula.
- DIAGNOSTICO.

**e) Cantidades:**

- Hasta 2 (dos) medicamentos por receta
- Troqueles: máximo 2 (dos) en el total de la receta, excepto antibióticos monodosis inyectables, que se aceptarán hasta 5 por receta.

**f) Tamaños:**

- Un solo envase GRANDE o MEDIANO en el total de la receta
- Si el profesional prescribiente NO ha indicado el tamaño del envase, se expondrá el de menor tamaño
- Hasta 5 unidades de ANTIBIÓTICOS MONODOSIS INYECTABLES POR RECETA, considerándose esto como tamaño GRANDE

**g) Datos necesarios para el expendio:**

- Anexar a la receta el troquel de/los productos vendidos
- Si el producto no tuviera troquel colocar la sigla S/T
- Adjuntar a la receta copia del ticket fiscal o factura conteniendo:
  - Fecha de dispensa.
  - Detalle de los medicamentos entregados.
  - Cantidades entregadas de cada medicación.
  - Importes unitarios, totales y porcentaje a cargo de la entidad.
- Sello de la farmacia y firma del farmacéutico al dorso de la receta.
- Firma, aclaración y DNI al dorso de la receta de quién retira los medicamentos.

# NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE UNIMED MEDICINA PRIVADA

## **IMPORTANTE:**

- LA MEDICACIÓN DEBERA CORRESPONDER **INDEFECTIBLEMENTE** CON EL DIAGNOSTICO, EDAD Y SEXO DEL PACIENTE, CASO CONTRARIO NO DEBERA SER EXPENDIDA.
- MEDICACION DE USO PSIQUIATRICO DEBE SER RECETADA POR ESPECIALISTA, CASO CONTRARIO NO DEBE SER EXPENDIDA (SE EXCLUYE DE ESTA NORMA ANSIOLITICOS DE USO HABITUAL Y RECETADOS POR PATOLOGIA CARDIOLOGICA).
- **UNIMED RECONOCE EN TODOS LOS CASOS EL NOMBRE GENERICO POR SOBRE EL NOMBRE COMERCIAL.**

**h) PMI:** Se autoriza al 100% la medicación a los pacientes que en el padrón figuren con esta cobertura. En el caso de futura mama en el vademécum PMI mamá y en el caso del niño hasta el año en PMI bebe.

**i) Medicamentos que superen \$5500,00 del valor de venta sugerido.-:** Requieren Previa Autorización de UNIMED.

**j) Medicamentos por patologías crónicas (70% de cobertura):** Requiere la PREVIA AUTORIZACION DE UNIMED.

**k) De las autorizaciones:** Unimed puede autorizar sobre la receta original indicándolo con un sello de la institución, sobre copia de la misma o anexando una autorización generada por sistema. **Todas son válidas.**

**L) Pacientes PMO:** Se aclara que todo paciente que figure en padrón con plan PMO debe presentar **autorización para compra todo tipo de medicación.**

## **M) DE LA presentación de la facturación:**

**Aclaración:** Para la presentación de recetas se aclara a las Farmacias que desde la fecha de presentación calendario se contarán 45 días corridos anteriores para que las recetas sean incorporadas como válidas para ese período. Ejemplo (... si la presentación fuera el 1 de marzo se aceptarían como válidas las recetas desde el 15 de enero).

**Los débitos no son refacturables, salvo errores inherentes a la facturación.**

# NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE UNIMED MEDICINA PRIVADA

**EXCLUSIONES:** Toda aquella medicación que no sea de uso ambulatorio está excluida, además de:

- Alimentos de todo tipo
- Inmunosupresores
- Citostáticos
- Productos Dermatológicos (Cremas hidratantes, antialopecicos)
- Inmunoterapia
- Fórmulas magistrales
- Anorexígenos
- Hormonas de crecimiento
- Productos de Perfumería y Cosmética
- Lociones
- Tratamientos capilares
- Soluciones parenterales
- Albúmina
- Anticuerpos Monoclonales
- Complejo Protrombinico Humano (fact. de coag. II, VII, IX y X)
- Dextran
- Factores Antihemofílicos, Factor VII y IX
- Interferones inyectables (alfa y Beta)
- Linfoglubulina Antilinfocitaria
- Lípidos
- Somatostatina
- Uroquinasas-Estreptoquinasas
- Vancomicina
- Sumestil
- Dobutrex (en caso de Resp. Mecánica Asistida)
- Pavulón (en caso de Resp. Mecánica Asistida)
- Zofrán (en tratamientos oncológicos)
- Sulfactante
- Vanacina
- Alimentación enteral y descartable
- Shampoo
- Protectores solares, Bronceadores
- Anestésicos
- Medicación de venta libre

## **Medicamentos con PREVIA AUTORIZACION DE UNIMED**

- Inmunoglobulinas anti (D) Humana  
Ej: Partoganma
- Gammaglobulinas
- Tratamientos para la Obesidad
- Dos Días
- Tratamiento para Tabaquismo (Champix)
- Renacidil (Trat. Para Alopecia)
- Lactulosa
- Anabólicos
- Aminoácidos
- Cefalosporina de 3º generación (Ej: Acantex)
- Tratamientos de fertilización
- Vacunas
- Medios de Diagnóstico
- Materiales de contraste radiológico
- Leches
- Ciclosporina
- Tratamientos de acné.
- Drogas Oncológicas
- Neoplásicos
- Imipenem
- Dalacín
- Todo medicamento de 3º generación que pudiera incorporarse en el manual farmacéutico

Se proveen vademécums para planes del 40% y 50% para verificar cobertura.

**AUTORIZACIONES:** de Lunes a Viernes de 8:30 a 17:30 hs. Al FAX: (0261)4239228 – [autorizacionesmendoza@unimedcba.com.ar](mailto:autorizacionesmendoza@unimedcba.com.ar) – (MENDOZA, SAN JUAN Y CATAMARCA)  
(0266)155101965 -[sucursalsanluis@unimedcba.com.ar](mailto:sucursalsanluis@unimedcba.com.ar)- (SAN LUIS)  
(0385)4220864- [sucursalsantiago@unimedcba.com.ar](mailto:sucursalsantiago@unimedcba.com.ar) – (SANTIAGO DEL ESTERO)

**Consultas:** de Lunes a Viernes de 8:30 a 17:30 hs. Al teléfono (0351)4444497 - [sebastianj@unimedcba.com.ar](mailto:sebastianj@unimedcba.com.ar) (CORDOBA, CASA CENTRAL)

### MODELOS DE CREDENCIALES



## MODELO DE AUTORIZACION

		<b>AUTORIZACION DE PRESTACIONES MEDICAS</b>					
Centro de Atencion: UNIMED		Usuario: NPAREDES					
N. Autorizacion:	00105433	Fecha Transaccion:	24/01/2017	Prioridad:	Normal		
Prestador:	PRESTADOR DE CARTILLA	Vigencia:	23/02/2017				
Domicilio:		Localidad:					
Afiliado:	PEREZ RAMON ARIEL	DNI:	22186276				
Nro. de Carnet:	3012218627601	Tipo de Afiliacion:	DESREGULACION	Edad:	45		
Obra Social:	OSFOT	Cobertura Medica:	CARTILLA HS 65				
Diagnostico:	DIABETES						
Prescriptor:	NAVES OSVALDO JOSE	N. de Matricula:	4432				
F. Prescripcion:	24/01/2017						
Observaciones:	COBERTURA 70% A CARGO DE OBRA SOCIAL						
Prestaciones Solicitadas							
Ctd	Codigo	Descripcion	Estado	Observacion	Auditor	Fecha Auditoria	Observacion Auditor
1	800130	MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO	AUTORIZADO	JARDIANCE 10 MG X 30 COMP	NPAREDES	24/01/2017	

### MUY IMPORTANTE:

Se ruega que en el momento de la atención se verifique el estado del afiliado en el siguiente link (Pagina oficial de Unimed S.A.):

<http://181.10.197.66/WebApps/Afiliados/Afiliados/Index.aspx>

El mismo indicara si el afiliado se encuentra activo o suspendido y si posee PMI (a lo cuál se le debe dar cobertura al 100% de los medicamentos correspondientes a la patología)