

NORMAS DE ATENCIÓN  
**NORMAS DE ATENCIÓN PARA LOS BENEFICIARIOS DE:  
UTEPLIM**

**DESCUENTOS A CARGO DE UTEPLIM**

AMBULATORIO:	40% Para productos incluidos en el VDM ambulatorio
CRONICOS	70% Para productos incluidos en el VDM ambulatorio, exclusivamente con autorización previa. De no poseer autorización se expendrán al 40%.
PMI:	100% Para todos los incluidos en el VDM PMI.

**DOCUMENTACIÓN DEL BENEFICIARIO**

- Credencial y Documento de Identidad.

**RECETARIO**

- CONVENCIONAL
- DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL Y CON LA MISMA TINTA:
  - Nombre y Apellido del paciente.
  - Número de Asociado
  - Medicamentos recetados, por su denominación genérica exclusivamente y cantidad de cada uno en números y letra. (Si no se expresa cantidad se expendirá solamente uno)
  - Firma y sello con número de matrícula del profesional y especialidad.
  - Fecha de prescripción.
  - Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.

**VALIDEZ DE LA RECETA**

**30 (TREINTA)** Días corridos.

**LÍMITES DE CANTIDADES**

- CANTIDAD DE RENGLONES: 2 (dos).
- POR RECETA: Hasta 2 (dos) envases.
- POR RENGLÓN: Hasta 1 (un) envase

ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS: Hasta 5 (cinco) envases para una sola especialidad por receta

ANTIBIÓTICOS MULTIDOSIS: Hasta 1 (un) envase por receta

## NORMAS DE ATENCIÓN

## LÍMITES DE TAMAÑOS

- HASTA 1 (UNO) DE TAMAÑO GRANDE POR RENGLÓN

## OTRAS ESPECIFICACIONES

## CUANDO EL MÉDICO

No indica tamaño  
Sólo indica GRANDE

Equivoca cantidad

## DEBE ENTREGARSE

El de menor contenido  
La tamaño SIGUIENTE AL  
MENOR

El tamaño inmediato inferior

## DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
  - De acuerdo al orden de prescripción.
  - Incluyendo el código de barras.
- Número de orden de la receta.
- Fecha de Venta.
- Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos, las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario)
- Sello y firma de la farmacia.
- Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento. (La ausencia de estos datos es motivo de débito).
- Para la presentación de las recetas la farmacia cuenta con 60 días corridos contados desde la fecha de expendio. Pasado dicho plazo serán indefectiblemente debitadas.

## PSICOFÁRMACOS

- El profesional debe confeccionar además un segundo recetario según normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia. No se aceptan fotocopias.

## MEDICAMENTOS FALTANTES

Si por cualquier motivo en la farmacia falta el o los productos recetados, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 Hs. de haber sido requeridos por el beneficiario, quien debe conocer tal condición para adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo.

## PLAN MATERNO INFANTIL

**EXCLUSIVAMENTE PARA PRODUCTOS DEL VADEMECUM PMI**

100% de descuento en medicamentos para la madre, desde el momento de la detección del embarazo hasta 30 días posteriores al parto y para el recién nacido hasta el año de vida, El producto DERMAGLOS requiere autorización previa.

NORMAS DE ATENCIÓN

PLAN MATERNO INFANTIL

**LECHES MEDICAMENTOSAS CON AUTORIZACION PREVIA  
INCLUIDAS EN EL VDM PMI**

100% de descuento, hasta 4 kg/mes y hasta los 3 meses de edad.

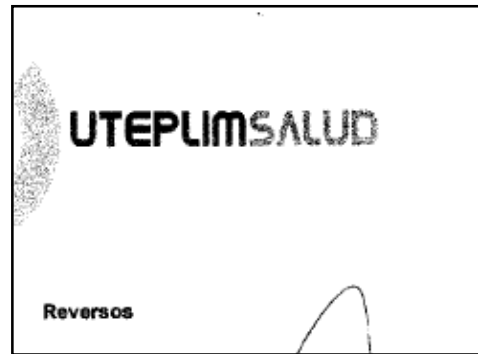
EXCLUSIONES

Los descuentos indicados en este instructivo **se aplican solamente sobre las especialidades medicinales de venta bajo receta** incluidas en VDM ambulatorio o VDM PMI según corresponda.

MODELO DE CREDENCIAL



Anversos



Reversos