

# NORMAS DE ATENCION UNIMED S.A.

## PLANES

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

### 1) REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES

<b>TIPO DE RECETARIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Todo tipo de recetarios convencionales (con o sin membrete) con prescripción de puño y letra del médico, contando con firma y sello en original.</li> <li>- Recetarios pre-impresos por computadora contando con firma y sello del profesional en original (con excepción de las instituciones Reina Fabiola, HP Sanatorio Allende, Del Sol, entre otras donde el sello y firma pueden ser digitales)</li> <li>- No se aceptan fotocopias de recetas</li> <li>- No se aceptan recetas enviadas e impresas vía Whatsapp o mail a excepción del servicio de emergencias "VITTAL" (modelo en anexo)</li> </ul>
--------------------------	--

<b>DATOS CONTENIDOS EN LA RECETA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre, apellido y numero de filiación del paciente.</li> <li>- Denominación de la Obra Social.</li> <li>- Nombre genérico y/o medicamento sugerido</li> <li>- Cantidad en numero de cada producto.</li> <li>- Fecha de emisión de la receta.</li> <li>- Diagnostico/s que justifiquen los medicamentos prescriptos.</li> <li>Firma y sello del profesional de forma legible.</li> </ul>
--------------------------------------	---

## NORMAS DE ATENCION UNIMED S.A.

VALIDEZ DE LA RECETA PARA LA VENTA  PARA LA PRESENTACION	-30 días corridos a partir de la fecha de prescripción.  -45 días corridos desde la fecha de venta.
CANT. MAX. DE MEDICAMENTOS Y ENVASES POR RECETA	-Hasta 2 medicamentos distintos o iguales por receta y hasta un envase por renglón. - Antibióticos inyectables hasta 5 por receta.
CONTENIDOS MAX. DE CADA MEDICAMENTO SEGÚN SU TAMAÑO	-Tamaño especificado: Lo requerido en la receta. -Tamaño no especificado: La menor presentación.
CONTROLES ESPECIALES	-No se aceptaran prescripciones que no concuerden con edad y sexo del paciente.

### 2) REQUISITOS PARA EL EXPENDIO

LA FARMACIA DEBERA PRESENTAR LO SIGUIENTE	-Anexar a la receta los troqueles o solapas identificatorias de los productos vendidos. - Si el producto no tuviera troquel, colocar la sigla S/T. - Adjuntar a la receta ticket fiscal o comprobante de venta conteniendo: * Fecha de venta. * Detalle de medicamentos. * Cantidades entregadas. * Importes unitarios, totales y porcentaje a cargo de la entidad. * Firma, aclaración y DNI de la persona quien retira los medicamentos. *Sello y firma de la farmacia/ farmaceutico.
--	---

## NORMAS DE ATENCION UNIMED S.A.

ENMIENDAS	<p>-Las correcciones y enmiendas en la prescripción de la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello y firma.</p> <p>- Las correcciones y enmiendas en la dispensa de la receta deberán estar salvadas por el profesional farmacéutico con su sello y firma.</p> <p>- Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia deberá repetirlo al dorso de forma correcta. El beneficiario deberá firmar nuevamente como prueba de conformidad.</p>
TOPE DE MONTO SIN AUTORIZACION PREVIA	<p>Todo medicamento que supere los <b>\$10000</b> deberá ser previamente autorizado por la obra social para su expendio. (el monto es por medicamento, no por la suma de la receta)</p>
DESCUENTOS DIFERENCIALES A LOS PLANES	<p>-Toda medicación con un descuento fuera del habitual del plan del afiliado deberá ser autorizada previamente por la Obra Social.</p>

### 3) EXCLUSIONES

Toda medicación que no sea de uso ambulatorio está excluida además de:

- Alimentos de todo tipo
- Inmunosupresores
- Citostáticos
- Productos Dermatológicos( Cremas hidratantes (excepto las autorizadas por la Obra Social), antialopepicos)
- 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)

## **NORMAS DE ATENCION UNIMED S.A.**

- 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

### **4) DE LA VALIDACION ON LINE**

Es obligatoria la validación por intermedio de MISVALIDACIONES

Es obligatorio realizar el cierre de las presentaciones por intermedio de MISVALIDACIONES

### **5) PRESENTACION DE LAS RECETAS**

El plazo máximo para la presentación de las recetas es de 45 días.  
Superado este plazo las recetas serán indefectiblemente rechazadas por UNIMED.

# NORMAS DE ATENCION UNIMED S.A.

## ANEXO

### IMAGEN DE RECETA AUTORIZADA DE "VITAL" PARA DISPENSA



**Nombre y Apellido** .....

**Servicio Médico** .....

**Plan** .....

**Nº de Socio** .....

**R/p.**

.....  
**Sello y Firma del Médico**

# NORMAS DE ATENCION UNIMED S.A.

## EJEMPLO DE AUTORIZACIONES VIGENTES

1/2/23, 12:31

Receta\_5255142

**MisValidaciones - Datos de la receta Autorizada**

Convenio: UNIMED  
 Código de autorización: 2303215855142  
 Autorizó: UNIMED

Afiliado: [REDACTED]  
 Nro: 10 [REDACTED] 01  
 Fecha Nacimiento: [REDACTED]  
 Sexo: Masculino  
 Documento: [REDACTED]

Nro.recetario: 0 Fecha receta: 2023-01-31  
 Médico: PRESTADOR DE CARTILLA Matricula: MP 999999



Producto	Presentacion	Laboratorio	Cantidad	% cob.
IBUPIRAC 600 MG	comp.x 20	Pfizer	1	50.00%

**unimed** **AUTORIZACION DE PRESTACIONES MEDICAS**

Centro de Atencion [REDACTED] Usuario **SNJURADO**

N. Autorizacion: **01265369** Fecha Transaccion: **31/01/2023** Prioridad: **Normal**

Prestador: **FARMACIA DE CARTILLA** Vigencia: **02/03/2023**

Domicilio: [REDACTED] Localidad: [REDACTED]

Afiliado: [REDACTED] DNI: [REDACTED]

Nro.de Carnet: [REDACTED] Tipo de Afiliacion: **DIRECTO** Edad: **34**

Obra Social: [REDACTED] Cobertura Medica: **CARTILLA SPS 95**

Diagnostico: **DOLOR**

Prescriptor: **PRESTADOR DE CARTILLA MEDICO - LICENCIADO - BIOQUIMICO** N.de Matricula: **99999**

F. Prescripcion: **31/01/2023**

Observaciones:

Prestaciones Solicitadas							
Ctd	Codigo	Descripcion	Estado	Observacion	Auditor	Fecha Auditoria	Observacion Auditor
1	800130	MEDICAMENTOS EN AMBULATORIO	AUTORIZADO	IBUPIRAC 600 MG comp.x 20 Pfizer 1 50.00%	SNJURADO	31/01/2023	

Nro.recetario: 0  
 Código de autorización:  
 2303215855142

**Datos para validar a través de "Mis validaciones"**